

記入見本

*下記の申込書にご記入の上、「FAX」(03-3527-5978)、または「郵送」で中央ラジオ・テレビ健康保険組合 業務部 健康管理班までお申込みください。
※個人情報になりますので、ご自身で必ずFAX番号をご確認の上、送信をお願いいたします。

特定健診受診券の申込書

| | |
|------------------|--|
| ①受診予定日 | 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 |
| フリガナ ② 健診機関名称 | マルマルクリニック ○●クリニック (○●) 市区 町村 |
| ③保険証記号・番号 | 記号 99 番号 9999 |
| ④氏名・続柄 | 健保 花子 (続柄 妻) |
| ⑤連絡先電話番号 | 日中連絡が取れる電話番号(携帯電話など) 03 - 9999 - 9999 |
| ⑥受診券送付先住所 | <u>〒999-9999</u> ○● 都道府県 ○● 市区 町村 |
| | ○○町 99-99 |

【お申込み時の注意事項】 ※下記をご一読の上、ご了承いただける際には☑をお願いします。

- ご自身で、健診機関を検索し、直接健診機関に予約をしてから健保にお申込みください。
※健診機関が検索できない場合等は、業務部 健康管理班(03-3527-5972)までご連絡ください。
 - 同年度内、お一人1健診受診できます。「特定健康診査」「人間ドック」「巡回レディース健診(女性のみ)」のうち、1つを選択して受診してください。
 - 特定健診のお申し込みを頂きました被扶養者の方(任継・特退を除く)については、重複受診を避けるため、会社へお申込みがあった旨をご連絡させていただきます。
 - 受診券発行にお時間がかかるため、受診日は2週間以上先の日にちをご指定ください。
 - 日中連絡が取れる連絡先、受診券送付先の住所を必ずご記入ください。
- ※お電話では本人確認ができないため、ご本人記載の届出が必要となります。ご注意ください。