

決裁日付印

健康保険組合記入欄				
常務理事	事務長	主任	担当者	備考欄

# 被扶養者(家族)定期健康診断申請書

(事業所にて行う健診の申込書)

被 保 険 者	被保険者の記号・番号	記号		番号			
	被保険者の氏名				性別	男	女
	事業所の名称						
被 扶 養 者	フリガナ				性別	続柄	
	受診者氏名				男		
	住所						
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			年齢	歳	
健康診断受診予定日	令和 年 月 日	健診場所					

不ニサッシ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり被扶養者定期健康診断の申請をします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

(印)

事業所担当者印

(注意事項)

- 被扶養者の健診希望者は、上記申請書に必要事項を記入して事業所健保組合窓口へ提出ください。
- この申込書の対象者は、被扶養者(家族)です。
- 健診費用について

無料(全額健康保険組合負担)

- 健診項目について

34歳までの方 (定期健診+希望者は胃バリウム検査+大腸がん検査可)

35歳以上 (定期健診+生活習慣病健診)

※年齢は、今年度中(4月1日～3月31日)に達する年齢です。

- 健診場所・日時は、事業所の定期健康診断と同時に実施いたします。  
詳細は、事業所健保組合窓口担当者へお問合せください。

受付日印

- この申請をされた方は、健診結果控え等がご本人の結果表とは別に被保険者の勤務する事業所及び健保組合に提出されることをご了承いただけたものとします。

- 当申請書に記載の個人情報・健康診断結果等は、被扶養者定期健康診断(特定健康診査を含む)以外の目的に利用いたしません。