

家族健康診断補助金利用申込書

被保険者証 記号・番号		記号		番号		
被 保 険 者	事業所名					
	氏名					
被 扶 養 者 (受 診 者)	フリガナ					
	氏名			続柄		
	生年月日	年	月	日	年齢	才
	住所	〒				
	電話番号					
医療機関名			所在地		都・道 府・県	
受診予定日	令和	年	月	日	受診 コース	A・B C・D

家族健康診断は18～39歳以下(年度末)の被扶養者が対象です。
※医療機関への予約、変更などは受診者本人で行ってください。

自動車振興会健康保険組合
健康管理課
FAX 03-3442-7366