

特定健診 利用申込書

被保険者等		記号		番号	
被保険者	事業所名				
	氏名				
受診者	フリガナ				続柄
	氏名				
	生年月日	昭和	年	月	日生
	住所	〒			
	電話番号				
希望地区		都・道・府・県			区・市

申込書提出後、承認された方に受診カード及び医療機関一覧表をお送りします。お手元に届きましたら、一覧表に記載されている医療機関に直接予約を取ってください。精密検査が必要な方は、医療機関の指示に従って必ず受診してください。精密検査を受ける場合は保険診療（3割負担）になります。

なお、人間ドック、婦人生活習慣病予防健診との重複受診はできません。

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報保護法に遵守し、特定健診受診に必要な業務に限り利用し、その目的以外に利用することはありません。また、第三者に提供することはありません。

ご不明な点等がございましたら、健康管理課 03-3442-7491までご連絡ください。

F A X 0 3 - 3 4 4 2 - 7 3 6 6