

しんくみ東海北陸健康保険組合理事長 様

健診実施希望医療機関名称	〇〇〇〇〇病院健診センター
--------------	---------------

事業所住所	名古屋市 中村区 椿町3-21
事業所名称	〇〇〇〇〇信用組合
事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇
担当者氏名	〇〇 〇〇

記号	1234	健診申込被保険者氏名・生年月日	実施年度年齢	健診実施日	備考	
健 保 番 号	56	健康 太郎 昭和38年8月1日	61	R6.7.1		
	57	東海 高子 昭和59年4月2日	40	R6.5.1		

申込書作成上の注意

- この様式は、**契約医療機関分**となります。
- 脳ドックの実施は、**35歳・40歳・45歳及び、50-54歳、55-59歳、60-64歳のそれぞれの期間に1回限り**とします。(ただし、人間ドックまたは特定健康診査を受診していること。)
- この健診結果・問診票については、しんくみ東海北陸健康保険組合へも通知されます。
- 事業所控の送付はありません。