

被扶養者(配偶者)人間ドック健診申込書

年 月 日

七十七銀行健康保險組合 殿

下記の確認事項に予め同意し、被扶養者（配偶者）人間ドック健診を申込みます。

被 保 険 者 氏 名		健康保険被保険者等記号・番号
		—
事 業 所 名		所 属
		内 線

ふりがな			
受診者名			
生年月日	年　月　日生	年　令 (2025年3月末の到達年齢)	歳
現住所 (自宅)	〒 ☎ — —		
確認事項	１．人間ドック健診は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく「特定健康診査」を兼ねて実施することになります。その健診結果の管理・報告が医療保険者の義務として法令で定められているため、本健診の結果情報については、健診の委託者(健保組合)にも提供されます。 ２．本申込書により収集した個人情報とは、七十七銀行健康保険組合の保健事業実施目的以外には使用しません。また、個人情報保護法に基づき適切に管理します。		

※以下 健保使用欄

データ入力	利用券発行	担 当