

# 2025年度「家族健診」申込書

表面の注意事項を必ずご確認くださいの上、太枠内をご記入ください。

※お申し込みの際にいただいた個人情報については、当健保組合のプライバシーポリシーに基づき適正に取り扱います。

		申込日		2025年	月	日	
参 加 者 情 報	被保険者等の記号・番号・枝番			氏 名			
	-			フリガナ			
	生年月日			年 齢		続 柄	
	西暦 年 月 日			歳			
住 所	〒 -						
	TEL ( ) -						
※健診当日ご連絡可能な番号をご記入ください。							
希 望 内 容	第3希望まで、参加希望順に1、2、3の数字を記入してください。						
	日	明 石	加古川	岐 阜	神 戸		
	程	8/27 午前	8/29 午前	9/12 午前	9/12 午後	9/17 午前	9/17 午後
	内						
	容	【事前申込が必要な健診項目】 どちらかに○をつけてください。					
	大腸がん検診（便潜血検査）			あ り ・ な し			
	歯科検診			あ り ・ な し			

健保受付日 月 日

お問い合わせ  
・  
申込書送付先

川崎重工業健康保険組合 健康管理課  
住所:〒650-8680 神戸市中央区東川崎町1-1-3 神戸クリスタルタワー  
TEL:078-360-8617 FAX:078-360-8618