

健保検印	健保担当印	受付印

健康診断受診申込書 (健保連集合契約受診券発行依頼書)

サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿

健康保険 記号・番号	記号	番号	事業所名 及び 所属部署	※任意継続被保険者は記入不要です (TEL :)		
受診者氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()歳		
			性別	男・女	続柄	本人・配偶者・他()
自宅住所	〒 -		必ず連絡ができるTEL または携帯電話番号 -			
	都道 府県					
■イーウェル特定健診・一般健診はこの「健康診断受診申込書」ではお申込みできません。お間違えの無いようにお願いします。						
健診施設名 (一般病院名)	フリガナ		受診日	令和 年 月 日		
健診施設 (一般病院) の住所	〒 -		TEL -			
	都道 府県					
健診の種類	『特定健診受診券』で特定健診を受診					
備考欄						

- 注1 申込書は、受診予定日の約1ヵ月前までにご提出ください。
- 注2 申込書は1人1枚です。複数必要な場合は申込書のコピーをお取りください。
- 注3 特定健診受診券は、使用されなかった場合は必ず当健保組合にご返却ください。
- 注4 当健保組合に事前に申請がない健診項目、また、認めていない健診を受診された場合は、全額自己負担となります。
- 注5 イーウェル特定健診・一般健診やサンヨー連合健保の人間ドック補助金制度と併用できません。
- 注6 受診日にサンヨー連合健保の資格が無い方は受診できません。
- 注7 健康診断の申込みにあたり、当健保組合では、健診結果等の個人情報を、健康管理を目的とした事業に使用いたします。そのため、外部の委託業者へ保健指導や生活習慣病等の分析を依頼する場合があります。申込書を提出いただくことで当健保組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取扱いますので、ご了承ください。

<提出先>

郵送 : 〒541-0043 大阪府大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号
高麗橋ウエストビル3階
サンヨー連合健康保険組合 TEL 06-6484-6775

FAX : 06-6484-7445