

神奈川県プラスチック事業健康保険組合 殿

事業所名

工場・
支店名

健診利用承認申請書

次のとおり健診利用申込がありましたので申請します。

被保険者証の 記号番号	—	被保険者氏名 生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
利用希望者が 被扶養者の場合	氏 名 生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	
健診利用者の 住所・電話番号	〒 - 電話 ()		
健診項目 受診項目に○を 付けてください	人間ドック (1泊2日・日帰り)	主婦健診	生活習慣病健診
	婦人科健診	乳腺X線検査 (40歳以上者で誕生月が西暦奇数年度は (マンモグラフィ) 奇数月・西暦偶数年度は偶数月)	
	特定健診		
健診受診予約日	令和 年 月 日	1泊2日の人間 ドックの方は	令和 年 月 日 まで
健診実施機関	名称		
	所在地		
☆ 私は、健康保険組合に健診結果を提供することに同意します。			
氏 名			

- ※注意 1、事前に健診実施機関へ予約を入れてください。
2、申請は、健診予定日の1ヶ月前までに提出してください。

健保組合使用欄

受付印