

FAX : 06-6305-0140
 メール: yoyaku@healthnet.or.jp

公文健康保険組合/任継健診 (日本健康文化振興会)

※メール送信の場合は、件名を「公文予約」とし、申込書を添付ファイルで送信してください。
 ※日本健康文化振興会より着確認の連絡はおこなっておりません。
 着確認が必要な方は日本健康文化振興会へご連絡ください。TEL:06-6305-0130

受診期間:2017年10月31日まで
 申込締切日:2017年 8月31日まで

一般財団法人 日本健康文化振興会 関西事務所 御中

申込日 2017年 月 日

2017年度 任継健診申込書 (生活習慣病健診 B健診用)

■受診者情報										
健康保険組合コード	63427001			健康保険証 記号・番号	記号	2	0	1	番号(6桁)	※[06273510]ではありません。
被保険者・被扶養者区分	1. 被保険者		2. 被扶養者		(健康保険証でご確認のうえ正しくご記入ください)					
氏名	フリガナ			性別	1. 男 2. 女	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)			
住所	〒									
マンション名 部屋番号も記入										
電話	(固定)	-	-	FAX	-					
	(携帯)	-	-							
■医療機関情報										
希望医療機関	コードNO.				医療機関名称					
●医療機関に連絡のうえ予約が完了している場合(ご自分で予約をされた方は記入してください)										
受診日(予約済)	受診日時	2017年 月 日 ()			予約受付担当者名					
		予約時間 午前・午後 (:)								
●予約を「日本健康文化振興会」に依頼する場合(受診希望日の3~4週間前までにお申し込みください)										
受診希望日	第1希望日	2017年 月 日 ()			第3希望日	2017年 月 日 ()				
	第2希望日	2017年 月 日 ()			被保険者(配偶者等)と同日受診希望(Oをつけ名前記入)	有無	(名前)			
■健診内容										
基本健診内容					自己負担額					
生活習慣病健診 B健診(眼底含む)					なし					
<p>◆ 受診期間内の「生活習慣病健診 B健診」は無料(公文健康保険組合負担)です。</p> <p>基本健診の内容は、「特定健診」で指定されている検査が主となっており、胃部検査、胸部レントゲン検査、聴力検査は含まれていません。また、「婦人科検査」や他のオプション検査を受けることはできません。</p> <p>胃部検査等を希望される方は、「人間ドック」(一部自己負担有)をご選択ください。</p> <p>電話予約の場合は、「生活習慣病健診セット」に、「眼底検査」を追加する旨を伝えてください。</p>										

◇健診受診対象者は、2017年12月31日時点で満35歳以上(1983年1月1日前生)の方で申請日・受診日両方において公文健康保険組合の「被保険者」「被扶養者」として認定を受けている方。任意継続の資格を喪失した後に受診した場合は、健診費用をご請求いたします。予めご了承ください。

<記入にあたってのご注意>

- ※ 記入漏れのないよう正確に(特に、住所・氏名・電話番号・希望医療機関名)ご記入願います。電話(固定と携帯)・FAX番号については、昼間連絡が可能な番号をご記入ください。この申込書送付後に変更があった場合は、電話でご連絡ください(日本健康文化振興会 関西事務所 06-6305-0130)。
- ※ 直接予約可能な医療機関で予約を済まされた方は、受診日予約済欄に所定事項をご記入ください。

<個人情報の取り扱いについて>

この申込書に記載された個人情報については、健診の申込内容の確認・ご希望医療機関への申込・費用精算のために限り使用し、受診ご希望の医療機関および公文健康保険組合に限り提供いたします。

一般財団法人 日本健康文化振興会 個人情報保護管理者 五宝(ゴホ)誠一
 連絡先電話番号 03-3316-1111

日本健康文化振興会	受付日
全国健診部 関西事務所	受付印

受付日
受付印