

特定健康診査申込書兼同意書

令和 年 月 日

広島県自動車販売健康保険組合 御中

保険者番号 06340491

被保険者氏名

被保険者住所

〒

電話 () -

次のとおり特定健康診査を申し込みます。

健診機関名 【 】

被保険者 記号・番号	(フリガナ) 被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	健診希望日
-			男・女		
-			男・女		
-			男・女		

- (注) 1. 令和8年度特定健康診査実施要領に記載されている実施機関より選択し、健診機関名をご記入ください。
2. 申込書は、事業所経由又は直接、健康保険組合宛に提出してください。
3. 健診希望日は、健診機関の当日のお申込者数などによっては、希望が添えない場合がありますので、予めご了承ください。
4. 特定健康診査の受診対象者は、40歳から74歳までの被扶養者です。
5. 広島県外の健診機関での受診を希望される場合は、健診機関名欄に「県外」とご記入ください。
(「広島県外受診のご案内」をお送りします。)

事業所等から提出のあった申込書は、受診決定通知書に添えて健診機関へ送付します。申込書の記載事項は、当健康保険組合の「個人情報保護管理規程」等に基づき慎重に取扱い、特定健康診査以外の目的では使用しません。