

常務理事	事務長		担当

生活習慣病健診利用申込書

(R1.5)

事業所名								
受診者 氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年	月	日	続柄
受診者住所		(〒)						
		TEL — —						
受診日	月	日	受診医療機関					

次の受診希望を○で囲んでください

- ・胃部検診 する・しない
- ・大腸検診 する・しない

この生活習慣病健診の結果等（健診データ）を健康保険組合が保有することに同意し、上記のとおり利用を申し込みます。

令和 年 月 日

被保険者記号 (—)

被保険者氏名

受診者氏名



京都新聞健康保険組合理事長 様

(注) 利用申し込みは、2週間前までに受診希望日、医療機関名など明記捺印のうえ健保組合まで申し込んで下さい。後日、医療機関から直接ご本人に受診日などの連絡があります。