

常務理事	事務長	課長	調整官	係長	扱者

生活習慣病予防健診D・人間ドック利用申込書

保険証記号	会社名

契約健診機関名

種別	健診実施予定日	番号	続柄	受健者氏名	生年月日	子宮	乳房
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		
一日一泊	R . .		本人家族		S . .		

種別(一日・一泊)、続柄(本人・家族)を○で囲ってください。

また、子宮・乳房の検査を**別料金で実施**する場合は該当する枠内に○を記入してください。

【申込方法】

- ご希望の契約健診機関に直接ご本人(又は担当者)が予約していただき、受健日確定後申込書の枠内に記入の上、健康保険組合へ郵送またはFAXにてご提出ください。
 < 郵送先 > 〒108-0074 東京都港区高輪 1-16-15
 日本自動車部品工業健康保険組合 医療施設課 宛
- < FAX > 03-3473-9405
- 受付後、内容確認のため「利用券発行通知書」を会社へ送付いたします。
- 検査当日、健診料金から補助額を差し引いた金額を窓口にてお支払ください。
- 任意継続被保険者または、営業所・支社などへの送付を希望する場合は下部に郵送先を記入してください。

受付印

〒

【申込時のご注意】

補助金は、年度内に (本年4月～翌年3月までの期間) 1人、1回、1種目のご利用ができます。
 種目：生活習慣病予防健診A2・B・C1・C3および特定健診E