

令和6年度 生活習慣病健診（巡回型）申込書

〈お申込みにあたってのお願い〉

この健診は、男女別の時間帯にて実施します。なお、受診時間はお申込み状況により調整します。受診日の通知の際にご連絡いたしますのでご了承ください。

【個人情報の取扱いについて】

健診結果等は保健事業のデータ管理として医療機関より提供されます。組合の補助を受ける健診は、保健事業の充実、健診に対する国庫補助資料として組合にて管理いたしますので、ご理解のうえ同意をお願いいたします。同意がいただけない場合、今回の健診を受診することはできません。

- 受診をご希望の方は、[令和6年度 生活習慣病健診（巡回型）実施日程表]をご参照いただき、ご希望の会場番号、地区名、健診会場、健診日程、申込締切日等をご確認のうえ、こちらの申込書をご記入し下記へFAXしてください。なお、各会場の定員に達した場合は、締切日前にお申込みを締切らせていただき、別日、別会場に変更いただく場合もございます。
- 記入漏れがありますと受付できない場合がありますので、もれなく正確にご記入ください。

個人情報取扱同意欄		上記の【個人情報の取扱いについて】をご確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 同意します。 ※同意のない場合は受診できません。									
送付先住所	自宅	〒 _____									
	事務所	送付先事務所名（送付先が事務所の方は必ず事務所名をご記入ください）									
日中のご連絡先電話番号	自宅・携帯電話	_____（_____）									
	事務所	_____									
健診日連絡用FAX番号		_____（_____）									
フリガナ						性別	生年月日（西暦）				
氏名						男性					
						女性			年	月	日
弁護士国保加入状況	組合員		家族			記号		番号（右詰め）			枝番
	枝番00の方		枝番00以外の方			84—					
※		6	7	8	9						
		会場番号		地区名			希望日				
第1希望							_____月 _____日				
第2希望							_____月 _____日				

※欄は予約処理に用いますのでご記入不要です。

FAX番号 03-3443-1031

健診実施機関：一般財団法人 日本健康増進財団
〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4 03-5420-8027～29