

2023年度 家族健診 受診券

ご記入の上、健診当日、本受診券を健診機関へご提出ください。

保険証の記号		番号		
会社名				
被保険者氏名				
受診者	氏名（漢字）			
	生年月日（西暦）	年 月 日生	年度末年齢	歳
	住所	〒		
	電話番号	日中に連絡の取れる番号をご記入ください。		
	予約健診機関名			
	受診予約日	月 日		
健康診断 受診日の持ち物（忘れると受診できないことがあります）				
<input type="checkbox"/> 家族健診受診券(本状)				
<input type="checkbox"/> 健康保険証				
<input type="checkbox"/> 自己負担金				

<個人情報扱い>

当健康保険組合では、健康診断結果等の個人情報を保有しています。

これらの個人情報は、個人情報保護に関する法律を遵守しております。

詳しくは、日本発条健康保険組合ホームページ掲載のプライバシーポリシーをご覧ください。

<健診受診状況の提供>

適切な健診受診勧奨の実施を目的に、ご家族の健診受診状況を被保険者が所属する事業所へ提供する場合があります。

〈契約健診機関 担当者様へ〉

自己負担金4,400円を窓口で請求して下さい。

請求書と一緒に本受診券を日本発条健康保険組合へ送付をお願いします。

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-10 日本発条健康保険組合