

生活習慣病健診(任意継続被保険者・被扶養者) 利用申込書

【利用者記入欄】下記利用者記入欄を全てご記入ください。

事業所名					
保険証 記号・番号	記号	自宅 住所	〒 .....		
	番号		Tel		
フリガナ		性別	被保険者	生年月日	S 年 月 日
氏名		男 ・ 女	被扶養者	年度内年齢( 才)	H
健診 機関名				受診日	月 日 ( )

【個人情報の取扱いについて】ホームページ等でも掲載しております。  
 ・本申込書に記載された個人情報については、本件以外の目的には利用いたしません。  
 ・取得した健診結果は当組合保健事業の実施に活用させていただきます。  
 ・個人情報の取扱いに同意いただけない場合は補助の利用ができない場合がございます。

上記について同意のうえ申しいたします。

MBK連合健康保険組合 御中

年 月 日

氏名(署名)

《契約施設で受診される方》

- ☆ 組合HPの「契約施設検索」から希望する受診先を選び、ご自身で予約を行ってください。
- ☆ 乳がん検査、前立腺検査(50歳以上)、胃カメラのオプション検査も補助対象となりますが、予約の際に申出がないと受診できない場合がありますのでご注意ください。
- ☆ 予約後、受診日2週間前までにこの利用申込書を提出してください。
- ☆ 受診日当日は、保険証を持参の上ご受診ください。
- ☆ 組合の契約施設をご利用の場合は利用者一部負担金を窓口でお支払ください。

【利用者負担金】 任意継続被保険者 34歳以下4,000円 35歳以上7,000円  
 被扶養者 34歳以下4,000円 35歳以上 無料