

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

生活習慣病予防健診 利用申込書

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名称
 事業所
 所在地
 代表者
 被保険者氏名

健康保険等 記号 - 番号	—		本人 家族	の別	本人・家族
受 検 希 望 者	住 所	〒 —			
	氏 名				男 ・ 女
	生年月日	昭・平	年	月	日生
	電話番号	()			
受 検 年 月 日	年 月 日				
医 療 機 関 名 及 び 契 約 番 号					契約番号

- ※ この利用申込書及び利用案内書を提出して下さい。
- ※ 受検される健診の□にチェックして下さい。
- ※ 「本人・家族」、「男・女」の欄は、該当するところを○で囲んで下さい。
- ※ 当組合HPの健診契約医療機関一覧から医療機関名及び契約番号を記入して下さい。

受 付 印	受 付 番 号
	—

生活習慣病予防健診 利用案内書

医 療 機 関 殿

名 称
 事業所
 所在地
 代表者
 被保険者氏名

健康保険等 記号 - 番号	—		本人 家族	の別	本人・家族
受 検 希 望 者	住 所	〒 —			
	氏 名				男 ・ 女
	生年月日	昭・平	年	月	日生
	電話番号	()			
受 検 年 月 日	年 月 日				
医 療 機 関 名 及 び 契 約 番 号					契約番号

※ この案内書は、健診日に医療機関へ提出して下さい。

(資格に関する健康保険組合の証明)

千葉県トラック健康保険組合 ㊤

健診利用要領

〒275-0024

千葉県習志野市茜浜1-10-2

千葉県トラック健康保険組合

TEL 047 (452) 6661

ご利用を希望されるときは次の要領により取り扱い致します。

- ① 医療機関に本人または事業所の事務担当者が直接連絡し、利用月日を決め予約して下さい。
 - ② 申込書・案内書を当健保組合へ提出して下さい。案内書を返送します。
 - ③ 医療機関から受検に関する“案内一式”を受けて下さい。
 - ④ 健診当日、“健保組合確認”を押印したこの案内書を予約した医療機関に提出して下さい。
 - ⑤ 利用申込後、利用日を変更するときは改めて医療機関に申し出て、当健保組合にも連絡して下さい。利用予約を改めて行うことになります。
- ※ 利用負担金は、被保険者、被扶養者共、_____円です。
差額は当健保組合負担となります。
- ※ ガン検診の利用負担金は、上記金額に含まれておりません。
- ※ 申込は利用日2週間前までに行ってください。