

# 集合契約家族健診 受診券申込書

\*この用紙は「申込書」ですので、健診機関に持参頂いても『集合契約家族健診』は受診はできませんのでご注意ください。

保険証 記号・番号		記号		番号	
被保険者名	フリガナ 氏名				
	事業所名				
受診者名	フリガナ 氏名			性別 男・女	続柄
	生年月日	年	月	日	年齢 年度末年齢 歳
	住所	〒 _____ 都 道 府 県			
	自宅(携帯) 電話番号	( _____ ) _____			
	健診機関名				
	健診受診 (予定)日	年		月	日

◆お申込前にご確認ください	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者は年度内に<b>40歳以上</b>になる被扶養者および任意継続被保険者となります。</li> <li>健診の受診は<b>年度内に1回</b>です、また年度内に当健保の補助を利用した健診との重複受診はできません。</li> <li>健診受診日に<b>健保の資格</b>がないと、ご受診頂けませんのでご注意ください。</li> </ul>
◆お申込み方法	<ol style="list-style-type: none"> <li>契約健診機関に予約後、申込書を健保へ<b>郵送</b>もしくは<b>FAX</b>でお送りください。</li> <li>確認後、健保より「<b>特定健康診査受診券</b>」を上記のご住所へ郵送します。</li> <li>健保より郵送された「<b>特定健康診査受診券</b>」と「<b>健康保険証</b>」を健診機関へ持参し受診して下さい。</li> <li>健診後、<b>自己負担1,000円</b>を窓口でお支払いください。</li> </ol>
<p>&lt;個人情報の取り扱いについて&gt; 健診結果は当健保にも報告されます。健保組合では皆さまの健康状態を把握し、保健事業全体の企画や個々の保健指導のために活用させていただきます。また、これ以外の目的では使用いたしません。上記に記載された情報、健診結果は個人情報として責任を持って管理させていただきます。</p>	

上記のとおり集合契約家族健診の受診を申し込みます。

年 月 日

トヨタ関連部品健康保険組合 常務理事 殿

## 【送付先】

〒471-0026  
愛知県豊田市若宮町2丁目66番地  
トヨタ関連部品健康保険組合  
保健事業グループ宛  
**FAX: 0565-37-3070**

## 【お問合せ先】

トヨタ関連部品健康保険組合  
保健事業グループ  
TEL: 0565-41-8180

トヨタ関連部品健康保険組合