

## 人間ドック 申込書

## 送付先

郵便：〒150-0031  
東京都渋谷区桜丘町29番11号  
FAX：03-3461-9375  
文書メール：185-250

日本電気健康保険組合 疾病予防担当 行

年 月 日提出

- 本健診は被保険者(任意継続者を除く)のみの利用となります
- 健診機関に予約をしてから、受診日前までに余裕をもって到着するように送付してください

|                |                               |    |                      |
|----------------|-------------------------------|----|----------------------|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 記号                            | 番号 | 会社名                  |
| 氏名             | (フリガナ)                        |    | 所属                   |
|                |                               |    | TELNET 8 - - 文書メール - |
|                |                               |    | TEL - -              |
|                |                               |    | E-Mailアドレス @         |
| 自宅住所           | 〒 - ※ 健診案内送付のため正しく記載してください    |    |                      |
|                | Tel - -                       |    |                      |
| 生年月日           | 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)              |    |                      |
| 健診機関名          | 健診機関コード ( ) ※ 健診機関の選択にご注意ください |    |                      |
|                |                               |    |                      |
| 受診年月日 (西暦)     | 年 月 日                         |    |                      |

## 【ご注意】

- ・ 健診機関から健康保険組合に「健診結果」が報告されることに同意した方がご利用いただけます。
- ・ 健診機関へ受診予約後、本申込書で健康保険組合へお申込みください。
- ・ 自己負担金額を受診日に健診機関窓口でお支払いください。
- ・ 生活習慣病健診(がん検診)を受診した年度の利用はできません。
- ・ 詳細は健康保険組合ホームページ( <https://www.neckenpo.or.jp/> )でご確認ください。

受付日(健保使用欄)

(改訂 2023.4)