

健康保険組合 行

受 診 予 定 登 録 用 紙

<被保険者用>

記号・番号	—	所 属	
住 所	〒 —		

※記号・番号は「資格情報のお知らせ」「マイナポータル」または「資格確認証」等で確認の上記入下さい。

受 診 者 名	
生 年 月 日	年 月 日
希望する検診の種類に○	・人間ドック ・生活習慣病検診 ・受診しない
受診予定の検診機関名	
受 診 予 定 日	年 月 日

※1月までの受診期日を厳守ください。日程は不慮の変更にも対応出来るよう早めの受診に協力願います。

(受診予定日が決まらない方は、予定月(例:20××年10月頃等)を記入ください。)

*「受診しない」とした方は下記理由に○印をしてください。

1. 会社健診を受診する
2. 病気治療中
3. その他 ()

※この用紙は健保運営上、全員に提出をお願いしています。