

＜被扶養者用＞

記号・番号	一	被保険者名	
住 所	〒 一		

受診者名	
生年月日	
希望する検診の種類に○	・特定検診 ・人間ドック ・生活習慣病検診 ・検診を受けない（理由： ）
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）を記入して、期限までに健康保険組合へお送り下さい。