全員の方に回答を
お願いしています。

●ご記入後、同封の返信用封筒にてお送りください。
ご協力をお願いいたします。
（当健保の健診を希望されない方もご回答ください。）

当健保組合で実施する家族健診を希望されますか？

◇希望する方はお申し込みください。【3年度 家 族 健 診 申 込 書 ・ 同 意 書 】

※健診結果については受診者ご本人の事後指導のため利用させていただきます。

希望コースを①･②のどちらか選んでください	① 特定健診＋αコース ⇒	別紙、健診会場 ① より希望する会場をご記入ください（必須）		
	② 特定健診 コース ⇒	別紙、健診会場 ② より希望する会場をご記入ください（必須）		
（フリガナ）			性 別	生 年 月 日
氏 名			男・女	昭和 年 月 日
連 絡 先	平日の9時～17時に連絡が可能な携帯電話等をご記入ください。	TEL （ ） ー		
住 所	※シールに記載されている住所以外に郵送を希望される方はご記入ください。 〒 ー			

◆希望しない方は、理由を教えてください。（該当するものに○をしてください。）

1. パート先等で健診を受けるため
2. 人間ドックを受けたい （自己負担は約1万5千円～2万5千円）
3. かかりつけで受診中のため　　かかりつけ医名（ ）
4. その他（ ）

健診日程の準備のため、3月26日（金）までにご回答くださいますようお願いいたします。

※ご記入いただいた個人情報は、法令に基づき、厳守いたします。
　また、個人情報の利用にあたり、本健診事務手続きのみに利用し、その他の目的では利用いたしませんので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

静岡県自動車販売健康保険組合