3/1以降健診機関へ電話予約後、健保組合へ提出(WEB申し込みされていない方)

愛知県信用金庫健康保険組合

被扶養配偶者用

令和7年度人間ドック申込書

【当該年度末において35歳以上の方】

※健診機関にご自身で電話予約後、事業所担当課（任意継続者は健保組合）へご提出ください。

被保険者等 記号・番号	―	被保険者の 事業所名	
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	性別
氏名		昭和・平成　年　月　日（　歳）	男　・　女
連絡先電話番号	（　　）　―	（ 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 ）	
	日中に連絡がとれる電話番号をご記入願います		
健診機関名			
決定した受診日 ※健診機関にご自身で予約し受診日を決定してください	令和　年　月　日		

同意書

人間ドックの結果は健診機関から健保組合に通知されます。健保組合は医師や保健師による各種保健指導や委託先へ情報を提供し統計分析を行うなど、皆さまの健康を守るための保健事業に利用します。

上記について同意のうえ、下記に署名（自署）をお願いします。同意がない場合は人間ドックを受診できません。

（記入日）

令和　年　月　日

被扶養配偶者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

人間ドック受診期間：4月1日～翌年1月31日

受付日付印

組合登録年月日	