

家族および任継者健康診断申込(回答)書

(令和6年度) ※提出期限：令和6年4月19日(金)

健康保険証	記号	番号
被保険者氏名		

【受診を申込み方】

受診者について記入	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和	平成	年 月 日
	電話	-	-	
	受診方法 ※希望する受診方法に○をしてください	<input checked="" type="radio"/> 医療機関健診(書類郵送要) <input checked="" type="radio"/> 医療機関健診(書類郵送不要) <input checked="" type="radio"/> パート勤務先等の健康診断を受診予定		

※健保組合への届出住所以外への送付をご希望の場合はご記入ください

送付先	〒 -
-----	-----

【提出先】 ↓封筒宛名にご利用ください。

〒164-8545 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス6F
HOYA健康保険組合 健診担当 行