

日本トランシスティ健康保険組合 御中  
健診担当者様

FAX 059-327-5381  
(TEL 059-327-5380)

年 月 日

## 受診予約連絡書

健康保険組合の健診補助制度を利用して、下記のとおりに受診予約しましたので連絡します。

記号 - 番号	記号 番号 —		
被保険者氏名			
フリガナ		性別	男・女
受診者氏名			
生年月日	年	月	日 年齢 歳
住所	〒 —		
連絡先	(自宅又は携帯)	—	—

受診コース	特定健康診査(特定健診)		
受診先	下記 ✓ の医療機関で予約しました。 <input type="checkbox"/> (みたき健診クリニック) 自己負担額(1,000円)は受診窓口で支払い <input type="checkbox"/> (*) 自己負担額(1,000円)は、被保険者の給与天引き		
*みたき健診クリニック以外の場合、必ず、受診先をご記入ください。			
受診日	年	月	日( ) 時 (受診先受付者名)

### <ご注意>

◆同時に婦人科検診等を受診する場合は、自己負担になりますので、窓口での支払いをお願いします◆

◆自己都合で、変更・キャンセルされた場合は、健保組合へもご連絡をお願いします◆

### <健康保険組合使用欄>

	担当者	備考
確認印		