

日本トランスシティ健康保険組合 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、下記のとおりを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	<p>下記 ✓ の医療機関で予約しました。</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> (*) 自己負担額(1,000円)は、被保険者の給与天引き</p>
受診日	<p>年 月 日 () 時</p> <p>(受診先受付者名)</p>

<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		