

被扶養配偶者（34歳以下）健診登録申込書

1.被保険者情報

保険証記号		保険証番号	
被保険者氏名	(フリガナ)		
事業所名			
所属名			
勤務先電話番号	TEL: ()	携帯番号	TEL: ()
E-mail			

2.受診者情報 ☐印にチェックをしてください。

受診者氏名	(フリガナ)		
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 -		
日中連絡が可能な 電話番号	TEL: ()		
希望健診区分	☐ 合同健診（希望健診機関コード :)		
	(希望健診機関名 :)		
	☐ 個別健診（希望健診機関コード :)		
	(希望健診機関名 :)		
希望オプション検査	☐ 大腸がん検査 ☐ 乳がん検査 ☐ HPV検査		

・郵便番号、自宅電話番号、現住所は「健診案内」および「健診結果」の送付先となります。

(注) HPV検査の実施方法が変更になりました。(個別健診は変更ありません)

【お申込み先】

近畿日本ツーリスト健康保険組合 被扶養配偶者健診担当宛までE-mailでお申込みください。

E-mail:kenpo@gp.knt.co.jp

【ご不明な点は以下までお問合せください】

TEL:03-6852-2175