

令和 年 月 日提出

近畿日本ツーリスト健康保険組合 行

FAX番号：03-6845-3702

(FAX送信後は必ず健保組合まで着信確認の電話をお願いします)

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)		
生年月日	年 月 日		
会社名			
所属名			
T E L		内線	
F A X			

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)	性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
自宅電話番号			
日中の電話番号（携帯）			
現住所	〒		
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）

【お問い合わせ先】 〒101-0024 東京都千代田区神田和泉町1-13

住友商事神田和泉町ビル14階

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

TEL：03-6852-2175

E-Mail：kenpo@gp.knt.co.jp