

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			
TEL		内線	
FAX			

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	<input type="checkbox"/> 合同健診 (希望健診機関コード :)					
	(希望健診機関名 :)					
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 大腸がん検査 <input type="checkbox"/> 乳がん検査 <input type="checkbox"/> 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