

令和 6 年度 無料健診申込書

無料健診にて受診を希望される方は下記をご記入いただき、郵送で協会けんぽ滋賀支部へご提出ください。

ふりがな 性 別 男 ・ 女 (○で囲む)

氏 名 生 年 月 日 昭和 年 月 日

被保険者証 記 号 番 号 被扶養者 番 号

〒 -

住 所

日中連絡がとれる 電 話 番 号 -

受診会場

ご希望日 令和 年 月 日 曜日

オプション検査を希望する場合は、希望項目を○で囲んでください。(有料)

心電図検査 (1,000 円) ・ 眼底検査 (1,500 円)

- ※ **申込みができるのは、被扶養者(ご家族)様のみです。** 健診当日に協会けんぽの加入者であることが必要です。
ご案内後、被扶養者ではなくなった場合は、受診できません。
- ※ お申し込み後の日程変更等は、健診機関に直接お問い合わせください。
- ※ 健診費用の補助は1年度につき1回のみです。別途、医療機関等で特定健診を受診される方は申込みできません。
- ※ **健診受診日には同封の受診券[セット券]と保険証の両方をお持ちください。**
受診券[セット券]がお手元がない場合は、健診会場で受診券が手元がない旨をお伝えください
(保険証は忘れずに会場へご持参ください。会場で受診券交付申請書をご記入いただきます)
- ※ 受付は先着順です。