

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)

令和 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。

被保険者証 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	昭和 ・ 平成	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>
*みたき健診クリニック以外の 場合、必ず、受診先をご記入 ください。	
受診日	令和 年 月 日 () 時 (受診先受付者名)

<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◆

<健康保険組合使用欄>

	担当者	備考
確認印		