

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<br>場合、必ず、受診先をご記入<br>ください。 |   |
| 受診日                                      | 令和 年 月 日 ( ) 時<br>(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 |     |    |