

特定健診利用申込書

年 月 日

亀田総合病院健康保険組合 あて

今回実施する「特定健診」の検査結果を、健康保険組合が保健指導の資料として利用することに同意します。

健康保険証 記号・番号	—	受診者氏名	フリガナ ----- Ⓜ			被保険者 との続柄	
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳	性別	男 ・ 女		
住所	〒 — ☎ ()						
受診予定年月日	年 月 日						
受診予定機関名							
受診予定機関所在地	都 市 道 区 府 町 県 村						
受診券整理番号	20100000 _ _ _ ※特定健康診査受診券にある受診券整理番号を ご記入ください						

個人にて予約し、上記に記入後、健康保険組合へ提出（郵送またはFAX）してください。

※亀田クリニック、幕張クリニック、安房地域医療センター、亀田京橋クリニック、プラタナスにて受診される場合は、利用申込書の送付は不要です。

亀田総合病院健康保険組合 〒260-0014 千葉県千葉市中央区本千葉町3-1 明治安田生命千葉ビル7階 TEL:043-225-3811 FAX:043-225-0800 担当：白石
--

受 付 日

※この申し込み並びに健診結果により知り得た個人情報については、保健指導、疾病予防事業、統計分析にのみ使用するものとし、目的以外の使用はいたしません。