

常務理事	事務長	課長	係長(主任)	係

【家族専用】契約健診医療機関利用申込書

組 合 名		セメント商工健康保険組合			
被保険者		記号		番号	
被保険者氏名					
事業所名称					
受診者	フリガナ				
	氏 名	(姓)		(名)	
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月 日
	性別	1. 男 2. 女		続柄	2. 家族
	住 所	〒			
	電話番号	()			
健診コース		【健康診断】 A ・ B ・ C (女性B1)			
		【人間ドック】 1泊 ・ 1日			
健診を受ける 健診機関名				受診日	

●受診者一部負担金＝生活習慣病予防健診A:家族 無料 / 生活習慣病予防健診B:家族 無料 / 女性生活習慣病予防健診C(女性B1):家族 無料 / 人間ドック:ドック料金(消費税を含む)から30,000円を差引いた額。(但し、最低負担限度額5,000円)

●利用申込＝郵送もしくはFAXでご提出ください。

【郵送先】〒150-8407 東京都渋谷区東2-10-8

【 受付年月日 】

セメント商工健康保険組合

【FAX】 03-3400-3980

令和 年 月 日

セメント商工健康保険組合 殿