

生活習慣病健診受診申請書

(対象者：40歳未満の被扶養配偶者及び40歳未満の任意継続の方)

被保険者 会社名 _____

事業所・所属 _____

氏名 _____

	係	事務長	常務理事
被保険者証記号番号	記号 番号		
受診者氏名			続柄
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
自宅住所・電話番号	〒 Tel. — —		
健診医療機関			

【申請書の提出先】

勤務先	提出先
九州電力 九州電力送配電	QBP 労務・福祉サービスグループ(内線:99-1760) ※システム申請が必要です。
上記以外	各事業所の労務(総務)担当部署 ※詳しくは事業所の担当者にご確認ください。
任意継続被保険者	当健保組合へ直接ご郵送ください。 (郵送先：〒810-0004 福岡市中央区渡辺通 2-1-82)