

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 〇〇〇株式会社事業所・所属 〇〇営業所〇〇グループ氏名 健保太郎

	係	事務長	常務理事
被保険者等記号番号	記号 <u>1 2</u> 番号 <u>1 2 3 4 5 6 7</u>		
受診者氏名	<u>健保 花子</u>		続柄 <u>妻</u>
生年月日	<u>昭和</u> ・平成 <u>6 0</u> 年 <u>1 1</u> 月 <u>2 2</u> 日生 (満 <u>3 8</u> 歳)		
自宅住所・電話番号	〒 <u>8 1 0 - 0 0 0 4</u> <u>福岡市〇〇区〇〇町1丁目2番3号</u> Tel <u>0 9 2 - 1 2 3 - 〇〇〇〇</u>		
健診医療機関	<u>〇〇〇〇健診センター</u>		

【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 ※新人事労務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)