主婦健診利用申込書

対象者は40歳以上の被扶養配偶者（奥さま）です。

※太線の枠内を記入してください。
※☐の箇所は該当するものに「✔」を付してください。

被保険者	提出日	20XX 年 5 月 10 日			
	被保険者証 ①	記号 111	番号 123456	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ タロウ ② 健保 太郎
	会社名	○○○○株式会社		所属または出向先	○○部
受診者（奥さま）	氏名 ③	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ ハナコ 健保 花子		続柄	生年月日
				妻	19XX 年 ○ 月 ○ 日 （ ○ 歳）
	住所	〒 xxx － xxxx　TEL 0xxx － xxxx － xxxx ○○県○○市○○町○-○			

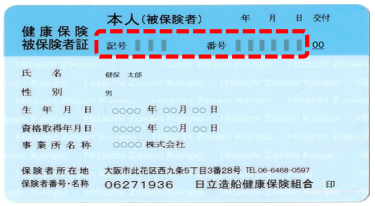
希望する医療機関に「✔」を付してください	☑ 多根クリニック（大阪市港区）	・多根クリニック ・木村病院 ・大牟田天領病院 で受診予定の方は右記（質問）への回答をお願いします	（質問）過去にピロリ菌の除菌をしたことがありますか ☐ ある ☑ ない
	☐ 木村病院（福井県あわら市）		
	☐ 大牟田天領病院（福岡県大牟田市）		
	☐ 中国労働衛生協会 ＜ 因島体育センター（広島県尾道市）＞		

連絡先	※健康保険組合より問合せをする場合の連絡先をご記入ください。				
	☐ 被保険者 ☑ 妻 ④	TEL	0xx-xxxx-xxxx	☐ 職場 ☐ 自宅 ☑ 携帯	
		メールアドレス	xxxx@xxxx.co.jp	☐ PC ☑ 携帯	

【注意事項】

1. 本書は健康保険組合へ提出してください。
2. 配布している「特定健康診査受診券(セット券)」をご返送ください。
3. 下記に該当する場合は、主婦健診の申込および受診はできません。
   (1) 申込時・受診時に退職などにより健康保険の資格を喪失している場合
   (2) 本年度中に、下記のコースを受診した場合
   Aコース①特定健診　Aコース②住民健診の補助　Cコース巡回型主婦健診　Dコース人間ドック
4. この申込書を受理した後、健康保険組合（診療所）から主婦健診の実施案内を送付します。

①被保険者証の下記の部分を記入（入力）ください



②被保険者の氏名を記入（入力）ください（ご家族様のお名前ではありません）

③受診される方（②に記載の被保険者の配偶者）の氏名を記入（入力）ください

④申請内容について連絡する場合がありますので、連絡のつく電話番号やメールアドレスを記入（入力）ください