

以下に記入しアンケートに回答ください。

会社名			
被保険者証 記号-番号		-	
社員番号			
社員氏名			
家族（受診希望者）氏名			
続柄	配偶者・その他（ ）		

※保険証を見て記入

※お問い合わせ先:スズケン健康保険組合

TEL:052-951-8816

締め切り後の提出分は書類発送までにお時間を頂戴することがあります。

ご家族の『希望健診アンケート』

◎今年度受診する健診を選択し、健保組合へ返信してください。

大至急 スズケン健康保険組合宛 FAX:052-961-2396まで（社内便、郵送可）

!希望する健診（受診予定の健診）に○印をつけて下さい（1つのみ）

希望	健診名	留意事項
①	特定健診	◎選択できる方 ・このアンケートの対象者で、4/1時点で健保に加入している40歳以上（昭和22年4月1日～昭和58年3月31日生まれ）の方（妊産婦以外）。 ・市町村健診を受診する方で、受診券を持参するよう言われた方。 （ただし前記要件を満たす方） 回答受付後、順次受診券を送付します。
②	生活習慣病予防健診	◎選択できる方 このアンケートの対象者。回答受付後、順次申込キットを送付します。
③	人間ドック・がん検診	◎選択できる方 このアンケートの対象者。当組合ホームページを参照し、別途申し込んで下さい。
④	パート先・市区町村の健診	◎当組合へ健診結果の提出をお願いします。回答受付後 健診結果返信セットを送付します。（別紙を参照ください）
⑤	今年度は、受診しない	理由を教えてください（妊産婦、疾病による主治医の指示等）

①②を選択した方は下記へ記入して下さい。記入された住所宛てに書類を送付します。

スズケン健康保険組合		健保組合使用欄		
特定健診（集合契約）		常務理事	事務長	係
兼 申込書				
生活習慣病予防健診		受付NO		
		受診券整理番号		
被保険者	申込日	令和 年 月 日	被保険者証 記号-番号	—
	氏名			
受診者	氏名	カナ		
		漢字		
		被保険者との続柄	配偶者 ・ その他（ ）	
	性別	女 ・ 男	生年月日	昭和 年 月 日
	住所	〒 - -		
TEL - -				