

様方
様※お問い合わせ先:スズケン健康保険組合
TEL:052-951-8816

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。

回答締切 ●月●日 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21年4月1日～昭和57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、 <u>別途</u> 申し込んで下さい。
	④勤務先等の健診	◎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。 <u>(別紙を参照ください)</u>
	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、新型コロナへの感染が怖い等)

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	〒 -				