

被扶養者（東振協 A2 コース）専用

常務理事	事務局長	課長	係長	担当者

東京広告業健康保険組合 御中

## ①. 被扶養者健診（東振協 A2 コース）申込書

以下内容のとおり予約したため、申しいたします。

健診機関名	(健診機関コード)	受診日	年 月 日
-------	-----------	-----	-------

事業所名			
保険証 記号番号	—	被保険者名	
受診者	氏名		続柄
	生年月日	年 月 日生	年齢
	住所		電話番号

### 注意事項

- この申込書は、当健保組合の被扶養者の方が、東振協契約健診機関で健診（A2 コース）を予約した際に、当健保組合に必ず受診日前に提出してください（郵送を推奨）。
- 年度内に 40 歳から 75 歳未満の方については特定健診検査項目の受診を必須といたします。1 項目でも未受診項目がある場合は健診費用全額を受診者に請求いたしますのでご了承ください。
- 被扶養者健診・主婦健診(巡回)・人間ドック(35 歳以上)のいずれかを年度内に 1 回限り受診できます。

### 個人情報について

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目の個人結果を取得することになりますので予めご了承ください。

この申込み報告書に記載のある受診者に係る保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管し、皆さまの健康の保持・増進のために行う保健指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。