

FAX 可 023-641-6779 締め切り:8月31日(木)

令和5年度被扶養者健康診断申込書

※下表【1】と【2】の太枠内をご記入ください。

【1】

組合員	所 属 名								
	組合員証番号	公立山形						(6桁)	
	氏 名								
受診申込者 (被扶養者)	住 所	〒 () (マンション・アパート名、部屋番号までご記入ください)							
	電 話 番 号	() (健診実施機関からの問合せ用)							
	フリガナ						性別	組合員との続柄	
	氏 名						男	()	
							女		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ※ (令和5年4月1日現在の年齢 満 歳)							

※ 令和5年4月1日現在、19歳以上39歳未満の方が対象となります。
(昭和59年4月2日生まれから平成16年4月1日生まれまで)

受診希望健診実施機関名・希望日

【2】

実施機関名 ※1	希望日 ※2			希望日 指定なし ※3
	第1希望	第2希望	第3希望	
<input type="checkbox"/> 東北中央病院 <input type="checkbox"/> 山形市医師会健診センター やまがた健康推進機構 <input type="checkbox"/> 山形検診センター <input type="checkbox"/> 米沢検診センター <input type="checkbox"/> 南陽検診センター <input type="checkbox"/> 最上検診センター <input type="checkbox"/> 庄内検診センター <input type="checkbox"/> 庄内地区健康管理センター	月 日	月 日	月 日	

- ※1 受診を希望される実施機関名の () に○をご記入ください。
希望者多数の場合は、希望とは異なる健診実施機関や日程になる可能性があります。
- ※2 希望日は、別紙「被扶養者健康診断の健診実施機関及び実施日」(ご案内裏面) から選んでご記入ください。
- ※3 希望日を特に指定しない場合は、『希望日指定なし』の欄に○をお願いします。
希望する健診実施機関の中で、空いている日程を割り当てさせていただきます。