

FAX 可(添書不要) 023-641-6779 締め切り:7月31日(水)

## 令和6年度被扶養者健康診断申込書

※下表【1】と【2】両方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6年4月1日現在の年齢      満      歳)					

※ 令和6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60年4月2日生まれから平成17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	
(    )・東北中央病院 (    )・山形市医師会健診センター ・やまがた健康推進機構 ↳希望の検診センターを選択してください (    ) 山形検診センター (    ) 米沢検診センター (    ) 南陽検診センター (    ) 最上検診センター (    ) 庄内検診センター (    )・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。