

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

令和7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7年4月1日現在の年齢 満 歳)									

※ 令和7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61年4月2日生まれから平成18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 ↳ 希望の健診センターを選択してください () 山形健診センター () 米沢健診センター () 南陽健診センター () 最上健診センター () 庄内健診センター ()・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。