

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

令和8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 8 年 4 月 1 日現在の年齢 満 歳)									

※ 令和 8 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 62 年 4 月 2 日生まれから平成 19 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。