

産業機械健康保険組合  
一契約健診機関申込書一

受診健診機関名

事業所名	株式会社アットキヤド		
所在地	〒151 - 0053 東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル15階		
電話	03-5843-5334	担当者	管理部
連絡先	事業所 / 自宅 へ連絡 (〇印を付けてください)		
書類送付先	事業所 / 自宅 へ送付 (〇印を付けてください)		

【申込の流れ】

受診者もしくは担当者が健診機関へ直接予約



健診機関 へ申込書をFAX

※当組合へ送付・連絡は不要です



健診機関より事業所又は自宅宛に健診書類が届く

保険証の記号
913

番号	フリガナ	性別	生年月日	本人・ 家族の別	健診コース	受診日	住所	備考
	氏名							
		男・ 女	S・ H 年 月 日	本人・ 家族	生活・生活+婦 ドック・ドック+婦	年 月 日	〒 - 区	
		男・ 女	S・ H 年 月 日	本人・ 家族	生活・生活+婦 ドック・ドック+婦	年 月 日	〒 - 区	
		男・ 女	S・ H 年 月 日	本人・ 家族	生活・生活+婦 ドック・ドック+婦	年 月 日	〒 - 区	
		男・ 女	S・ H 年 月 日	本人・ 家族	生活・生活+婦 ドック・ドック+婦	年 月 日	〒 - 区	
		男・ 女	S・ H 年 月 日	本人・ 家族	生活・生活+婦 ドック・ドック+婦	年 月 日	〒 - 区	
		男・ 女	S・ H 年 月 日	本人・ 家族	生活・生活+婦 ドック・ドック+婦	年 月 日	〒 - 区	

注意事項

1. 申込用紙の記入欄は必要事項になりますので全て記入してください。
  2. 健診コースは4種類のうち1つに〇印をつけてください。(生活習慣病健診・生活習慣病健診+婦人科・人間ドック・人間ドック+婦人科)
  3. 本人(被保険者)は30歳以上が対象・家族(被扶養者)は40歳以上が対象。
  4. 年度内(4月～翌3月)にいずれかのコース1回につき当健康保険組合より補助が出ます。2回目以降は全額自己負担になります。
  5. 特定健診部分の結果について、健診機関より当健康保険組合へ通知されますのでご了承ください。
- ※申込書及び健診結果の個人情報については、健診の請求に関する事務、委託による結果のパンチ入力、国への結果報告及び特定保健指導以外の目的に使用したり、第三者に提供することはありません。