

令和7年度 配偶者健診申込書

医療機関に受診の予約をした後、以下の項目を記入し健保組合まで速やかに提出してください。受診日が未定の場合、受付ができませんので、受診日が決まり次第提出してください。

1. 受診する方の情報

被保険者勤務先				
保険証等記号・番号	記号		番号	
フリガナ				性別（どちらかに○）
受診者氏名				男 ・ 女
生年月日・年齢	昭和 ・ 平成 年 月 日生 （ 歳）			
健診区分 （コース） 区分	※年齢によって健診区分が異なります。該当する区分に○をしてください。 令和8年3月31日時点の年齢です。 A2（34歳以下） ・ B（35～39歳） ・ B1（40歳以上）			
電話番号	（ ） *平日昼間の連絡先をご記入下さい。			

2. 予約した医療機関について

※医療機関は、必ず当健保組合ウェブサイトの「指定医療機関一覧表」をご覧ください。

補助 区分	予約した医療機関について（○印をつけてください）	受診日
指定	1. 医療機関コードが「1」から始まる医療機関（当組合契約） 2. 医療機関コードが「2」から始まる医療機関（東振協契約）	R 年 月 日
指定外	0. 医療機関リストに載っていない ※東京23区内は利用不可 (医療機関所在地) 都 道 市 区 府 県 町 村 (医療機関名称) 到着後、必要書類を送付しますので、組合の登録住所以外への送付を希望する場合はご記入ください。 (送付先住所)	R 年 月 日

ここまで記入し、下記の送付先まで提出をしてください。

※個人情報の取扱いについては、健保組合ウェブサイト(<https://www.kanto-kenpo.or.jp>)をご覧ください。
個人情報の取扱いに同意していただけない場合は、配偶者健診を受診できない場合があります。
本申込書に記入された内容は、本件以外には使用しません。

送付先	FAX	03-3839-5624
	郵 送	〒110-8639 東京都台東区東上野 1-13-14 関東百貨店健康保険組合 健康管理課 TEL 03-3833-6143

健保組合受付印