▲FAX送信方向

被保険者用
（40歳以上）

健診・ドック予約済連絡書

◎年度内(4月～翌年3月)にいずれか1つの受診コース補助になります。重複して受診することはできません。

◎予約後なるべく早目にご記入いただき(*該当項目を〇で囲む)、受診する日の10日前までに
当組合保健事業課宛に FAXまたは郵送でご提出ください。

◎受診前に当組合保健事業課までご提出いただけない場合、医療機関に対し補助金含む費用の
全額立替払いとなる場合がありますので、ご了承ください。

受診されるあなた自身について	被保険者等記号		番号		
	氏　名			性別*	男性　女性
	生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日（　　歳）			
	住　所	〒　　ー			
	連絡先 日中にご連絡のつきやすい連絡先をいずれか記入	電話	*勤務先　・　自宅　・　個人携帯(スマホ)	FAX	*勤務先　・　自宅
		E/mail	*勤務先　・　自宅　・　個人携帯(スマホ)		
予約先（受診先）について	医療機関名			都道府県	
	受診コース*	1．A2コース（安衛法＋特定健診）		2．Bコース（生活習慣病予防健診）	
		3．Dコース　（人間ドック）	区分*	日帰り　・　宿泊	
	受診する日	令和　　年　　月　　日（　　）曜日			

〔個人情報の取扱い〕 …詳細は当組合ホームページでご確認いただけます。

パッケージ工業健康保険組合は、健康診断等利用申込みに対して、本申込書から収集した情報を受診医療機関および東京都総合組合保健施設振興協会、株式会社ベネフィット・ワン(ハピルス健診サイト)に提供いたします。

健康診断結果については、受診者の健康状態の把握および受診資格の確認、当組合から受診医療機関に健診費用を支払う際の検査項目の確認のため利用させていただきます。

また、加入者の皆様の健康保持・増進・重症化予防の支援のため、事業主や他事業者への健診結果の情報提供や共同利用をさせていただく場合がございます。

〒130-0005　東京都墨田区東駒形1－16－1
パッケージ工業健康保険組合
FAX:03-3624-7407