**建設連合国民健康保険組合**
**神奈川県支部　行　（ＦＡＸ　０４５－６３３－５１２２）**

**【個契】-1**

## 契約医療機関用

下記の医療機関で健診を予約した場合はすぐに報告してください

# 個人健診 予 約 報 告 シート

（受診対象期間：令和６年４月１日～令和７年３月３１日）

※予約した医療機関・内容に✔をしてください。予約日が別のご家族様は予約日がわかるようにご記入くださ

| 契約コース等<br>窓口負担あり | 特定健診のみ<br>窓口負担なし | 契約医療機関名 |
|---|---|---|
| □ | □ | 京浜健診クリニック |
| □ | □ | 東名厚木メディカルサテライトクリニック健診センター |
| □ | □ | 戸塚共立メディカルサテライト健診センター |
| □ | □ | コンフォート横浜健診センター |
| □ | □ | 新横浜メディカルサテライト健診センター |
| □ | □ | 湘南藤沢徳洲会病院人間ドック健診センター |
| □ | 受診券必要 | 横浜総合健診センター　※相和会 |
| □ | 受診券必要 | 相模原総合健診センター　※相和会 |
| □ | 受診券必要 | みなとみらいメディカルスクエア　※相和会 |
| □ | □ | 平沼クリニック |
| □ | □ | 旗の台健診センター |

※相和会…　特定健診のみを希望される方は、９月以降に使用できる
「特定健診受診券」の発行を神奈川県支部へご依頼ください。

「窓口負担あり」は補助金申請書を送付します：　□ 不 要

| | | | |
|---|---|---|---|
| 健康保険証番号 | ２７ | 健康診断予約日 | R　年　月　日 |
| フリガナ<br>受診者名 ① | | 生 年 月 日<br>性　別 | |
| フリガナ<br>受診者名 ② | | 生 年 月 日<br>性　別 | |
| 住　所 | 〒 | | |
| 日中の連絡先電話番号（携帯） | | | |

◆神奈川県支部記入欄◆

| 送　信　日 | 特定健診受診状況 | |
|---|---|---|
| | 受診者① | |
| | 受診者② | |