

B 特定健診【35～39歳】コース申込書 ※他のコースとの併用はできません

花王グループ健診ヘルプデスクへFAXもしくは同封の返信用封筒でお送りください



申込期限：
2023年12月31日

健康保険 本人(被保険者)	令和3年9月1日交付			
被保険者証				
記号	1	番号	123456	(枝番)00
氏名	花王 太郎			
生年月日	昭和36年 1月1日	性別	男	
資格取得年月日	平成 3年 4月1日	QRコード		
保険者所在地	東京都中央区日本橋茅場町1-13-12			
保険者番号-名称	06130454	花王健康保険組合 TEL03-3660-7681 http://www.kaokenpo.or.jp/		

番号
記号

※枠内は必ずご記入ください。

被保険者証	記号	1	・	50	番号						
受診者	フリガナ					性別	男	・	女		
	氏名					生年月日	19	年	月	日	
日中連絡可能な電話番号	※内容確認等でご連絡させていただく場合がございますので必ずご記入ください。										
メールアドレス	@										

※以下の項目は必須事項となりますので、記入漏れのないようお願いいたします。

1. 希望の健診機関のコードと名称をご記入ください。(2023年度版 健診機関リスト参照)

健診機関コード(6桁)	健診機関名
8	

※重要事項※

本申込書が花王グループ健診ヘルプデスクへ到着後、1週間ほどで「問診票」がお手元に届きます。

問診票が届きましたら、ご予約日・問診項目への回答をご記入の上、

同封の返信用封筒で必ず“健康診断受診前に”ご返送をお願い致します。

ご返送いただけない場合、健康診断をご受診されても健康診断結果をご送付する事が出来ません。

また、花王グループ健診ヘルプデスクよりご連絡する場合がございますので、予めご了承の程お願い致します。

お問い合わせは…

花王グループ健診ヘルプデスク (営業時間 平日8:30~12:00/13:00~17:00)

TEL: 0120-988-423

FAX: 0120-074-656