

【コピー可】

2025年度 ネットワーク健診（指定病院健診）受診票

コスモエネルギーグループ健康保険組合

※必ず受診する病院に健康保険証と一緒に持参してください

被 保 険 者	所属	所 属			保険証番号	記号	番号
	フリガナ				職場 連絡先 TEL	()	—
	氏名						
※ 必ず職場連絡先を記入してください。							
受 診 者	フリガナ				性別	続柄	
	受診者名						
	生年月日	年	月	日	年齢	TEL	() —
	住所	〒 —					
※ 必ず連絡先を記入してください。アパート名、マンション名も記載してください。							
受診日 受診内容	受診日	年 月 日 (曜日)					
	受診医療機関名						
	受診コース						
	ネットワーク健診（指定病院健診） （自己負担額5,000円）						
問合せ先	半田市医師会健康管理センター			TEL: 0569-27-7889 日・祝を除く9:00~17:00 または受診する医療機関までご連絡ください			

注意点

お二人以上ご利用の場合は、この受診票をコピーして、ご利用ください。

健診結果表などの取り扱い

健診結果表等は健康管理のため、健康保険組合が委託先である株式会社あまの創健から提出を受け、個人情報保護管理規程等法令遵守のうえ保管いたします。なお、異議のある方は健康保険組合まで申し出てください。

不明な点がありましたら当組合までお尋ねください。