

【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	ケンポ ハナコ		18	9876543
氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ	職場 連絡先 TEL	(03) XXXX - XXXX	
	氏名	健保 花子	※ 必ず職場連絡先を記入してください。		
受 診 者	フリガナ	ケンポ ハナコ	性別	続柄	
	受診者名	健保 花子	女	本人	
	生年月日	1980 年 1 月 1 日	年齢	XX	TEL
住 所	〒	XXX - XXXX			
	住所	東京都△区〇〇X-X-X	※ 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	2024 年 XX 月 XX 日 (● 曜日)			
	受診医療機関名	XXXXXXXXXX			
	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 必ずご記入ください				

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。