

2026年度 ネットワーク健診 受診票

コスモエネルギーグループ健康保険組合

		所 属				記号		番号	
被 保 険 者	所属					保険証番号			
	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 (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 (土曜9:00~15:00)				
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。