

## 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

※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 タロウ			18	9876543
氏名	フリガナ	ケンポ タロウ		職場 連絡先 TEL	(03) XXXX - XXXX	
	氏名	健保 太郎				
※ 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	妻
	生年月日	XXXX 年 XX 月 XX 日	年齢	XX	TEL	(03) XXXX - XXXX
	住所	〒 XXX - XXXX 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	202X 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 (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。