

交 付 金 額
円

健診データ提供料申請書

令和 年 月 日

大阪府貨物運送健康保険組合 殿

受診者住所

受診者氏名

TEL

- この健診結果は、健康保険法第 150 条の規定により、皆さまの健康に寄与する事業に活用します。
- 下記のとおり、健診結果表(写)、特定健診質問票を添付のうえ、健診データ提供料の申請します。

・大阪府貨物運送健康保険組合に提出した被保険者の健診結果は、健康づくり事業のため 事業所と共有することに同意します。

※ 健診結果を事業所と共有することに同意しない場合はお申し出ください。

記

記号・番号	_____
被保険者氏名	
受診者氏名	
受診日	令和 年 月 日
受診医療機関名	

助成金の振込先

金融機関	銀行 支店
	(当座 ・ 普通) 口座番号
口座名義	フリガナ

大阪府貨物運送健康保険組合 健康管理センター TEL 06(6965)4056