

人間ドック利用申込書

以下の通り申し込みます。

黒色又は青色のボールペンで記入してください。

| | | | | | | | |
|---------------|--|-----|------|-------|----------------|-----|--|
| 申込日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 受診者氏名 (自署) | (フリガナ) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 受診結果を健康保険組合に提出することに同意します。 (チェックを入れてください。) | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | | 番号 | | 枝番 | | *受診者の枝番を記載してください。 *枝番の記載がない場合は不要です。 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | 性別 | 男性・女性 | | |
| 被保険者との関係 | 本人・配偶者・その他 () | | | | | | |
| 検査医療機関 | | | | | | | |
| 検査日 | 令和 年 月 日 | | | 婦人科検診 | 受ける・受けない・該当しない | | |
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 健保回覧 | 受付 | 請求書払い | 支払日 | 支払額 |
| | | | | | 支給申請 | | |

●質問票も当該申込書と併せてご提出ください。