

<平成23年度>

人間ドック申込書

(1泊2日コース(指定病院)用)

申込日 平成 年 月 日

整理番号

保険証 記号・番号	—			事業所名		
フリガナ				連絡先TEL	()	
受診者名				担当者名		
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	性別	男・女	自宅住所	〒 —
連絡先TEL					()	
希望病院	第1希望				受診歴	あり・なし
	第2希望				受診歴	あり・なし
希望日程	第1希望	年 月 日 ()			C型肝炎 抗体検査	希望する・希望しない
	第2希望	年 月 日 ()				
喫煙	あり・なし			糖尿病 の治療	あり・なし	
備考						

<女性の方>

子宮がん 検査	希望する・希望しない	乳がん検査 補助金申請書の申込	する・しない
------------	------------	--------------------	--------

- (注) 1. 40歳以上の被保険者が対象です。
2. 受診希望日が決まりましたら、健康管理責任者を經由して早めにお申し込みください。
(申し込みの時期により、ご希望に沿うことができない場合もありますのでご了承ください。)
3. 希望病院欄は第2希望まで記入し、希望病院の受診歴についても該当する方に○印をしてください。
また、喫煙等についても該当する方に○印をしてください。
4. 病院および受診日が決定した後に、当健保組合から健康管理責任者をとおして連絡いたします。
5. 申込書が不足した場合は、コピーしてご使用ください。
6. 一部負担金30,000円は受診日の2週間前までに納入してください。

出版健康保険組合