

<平成23年度>

# 人間ドック申込書

(補助金コース用)

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					( )
受診予定 病 院				病 院 所 在 地	〒  TEL ( )
受 診 予 定 日	年 月 日 ( )			備 考	

(注) 1. 40歳以上の被保険者が対象です。

日帰りコース又は指定病院以外の1泊2日コースの申込用紙です。

2. 受診希望者は、独自に医療機関を選択し、受診日を予約した後に、健康管理責任者を經由して当組合へお申し込みください。
3. 申し込み受付後、当健保組合から「補助金交付申請書」を健康管理責任者をとおして送付いたしますので、受診後に「補助金交付申請書」「領収書」「健診結果報告書」を当健保組合に提出してください。
4. 申込書が不足した場合は、コピーしてご使用ください。