

<平成22年度>

人間ドック申込書（コピー可）

（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、健康管理責任者をとお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。