

人間ドック受診申込書 ()

ミニドック受診申込書 ()

必ずどちらかに○をして下さい

受診医療機関名

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|----------------|------------------|---------------------------|-----|---|-----|---|---|
| ※ | ※ | 被保険者証 の記号番号 | — | 生年 月日 | S | H | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ 受診者氏名 | 印 | 男女 | 受診日 | 年 | 月 | 日 | () | | |
| | | | 被扶養者の場合○を記入して下さい | | | | | | |
| 受診者住所 | 〒 | 電話番号 | | | () | | | | |
| 受診 金額 | 補助 金額 | 負担 金額 | 受診 コース | ・半日ドック ・1泊2日ドック ・ミニドック | | | | | |
| ※ | オプション | 子宮癌健診 金額 | 乳癌健診 金額 | 補助 金額 | | | | | |
| 貴組合が補助する健診の申込みにおいて下記のことについて同意します。 | | | | | | | | | |
| 1、この申込書を貴組合が受診医療機関に報告することについて。 | | | | | | | | | |
| 2、私が受診した健診結果を受診医療機関が貴組合へ報告することについて。 | | | | | | | | | |
| ※ | ※ | 被保険者証 の記号番号 | — | 生年 月日 | S | H | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ 受診者氏名 | 印 | 男女 | 受診日 | 年 | 月 | 日 | () | | |
| | | | 被扶養者の場合○を記入して下さい | | | | | | |
| 受診者住所 | 〒 | 電話番号 | | | () | | | | |
| 受診 金額 | 補助 金額 | 負担 金額 | 受診 コース | ・半日ドック ・1泊2日ドック ・ミニドック | | | | | |
| ※ | オプション | 子宮癌健診 金額 | 乳癌健診 金額 | 補助 金額 | | | | | |
| 貴組合が補助する健診の申込みにおいて下記のことについて同意します。 | | | | | | | | | |
| 1、この申込書を貴組合が受診医療機関に報告することについて。 | | | | | | | | | |
| 2、私が受診した健診結果を受診医療機関が貴組合へ報告することについて。 | | | | | | | | | |
| ※ | ※ | 被保険者証 の記号番号 | — | 生年 月日 | S | H | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ 受診者氏名 | 印 | 男女 | 受診日 | 年 | 月 | 日 | () | | |
| | | | 被扶養者の場合○を記入して下さい | | | | | | |
| 受診者住所 | 〒 | 電話番号 | | | () | | | | |
| 受診 金額 | 補助 金額 | 負担 金額 | 受診 コース | ・半日ドック ・1泊2日ドック ・ミニドック | | | | | |
| ※ | オプション | 子宮癌健診 金額 | 乳癌健診 金額 | 補助 金額 | | | | | |
| 貴組合が補助する健診の申込みにおいて下記のことについて同意します。 | | | | | | | | | |
| 1、この申込書を貴組合が受診医療機関に報告することについて。 | | | | | | | | | |
| 2、私が受診した健診結果を受診医療機関が貴組合へ報告することについて。 | | | | | | | | | |

※印のところは、何も記入しないで下さい。

上記のとおりドックの受診を申し込みます。

平成 年 月 日

大阪機械工具商健康保険組合 殿

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____ 印