

受診機関への予約が完了してから
組合へご提出ください

常務理事	事務長	保健事業課長	係

人間ドック受診申込書

受診者	事業所名	株式会社 ○○○○		記号	○○○	番号	○○○
	フリガナ	○○○○ ○○○○		性別	続柄	生年月日	
	氏名	○○ ○○		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○年○○月○○日	
	住所	〒 ○○○-○○○ ○○県○○市○○1-1-1					
	電話番号	○○○ (○○○) ○○○○					

受診機関等	受診ドック	<input checked="" type="checkbox"/> 1日制 <input type="checkbox"/> 2日制(独自機関のみ)					
	受診機関	名称	○○○○病院				
		都道府県	○○県	市区町村	○○市	電話番号	○○○(○○○)○○○
	予約受診日	平成○○年○○月○○日					

受診費用	【基本契約料金】	【組合補助額】	【窓口支払額A】	※内訳	(事業主負担額 ①)	6,600 円
	38,880 円	26,500 円	= 12,380 円		(受診者負担額 ②) A-①	5,780 円

※領収書を、事業主負担分と受診者負担分に分けて発行を希望される場合は、内訳欄にそれぞれ金額をご記入ください。

- オプション検査料金は別途自己負担となります。
- 申込書記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため、及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。

上記の通り申し込みます

平成○○年○○月○○日

倉庫業健康保険組合

事業所名	株式会社 ○○○○		
所在地	○○県○○市○○3-2-1		
健保委員氏名	○○ ○○	⑩	
電話番号	○○○ (○○○) ○○○○		

(受付日付印)

組合記入欄	医療機関コード	データ	契約	支払月
		有・無	東振協	
	特定健診料金	健診	独自	
		法・一	健保連	