

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 | 任意継続被保険者 | | 記号 | 2000 | 番号 | 〇〇〇〇 | |
| | フリガナ | 〇〇〇〇 〇〇〇〇 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | | |
| | 氏名 | 〇〇 〇〇 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| | 住所 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 | | | | | |
| | 電話番号 | 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|-------------------|--|--------|------|-----|------|
| 受診機関等 | 受診ドック | <input checked="" type="checkbox"/> 1日制 <input type="checkbox"/> 2日制 | | | | |
| | 受診機関 | 名称 | 〇〇〇〇病院 | | | |
| | | 都道府県 | 〇〇県 | 市区町村 | 〇〇市 | 電話番号 |
| 予約受診日 | 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | | |

| | | | |
|------|----------|------------|------------|
| 受診費用 | 【基本料金】 | 【組合補助額】 | 【窓口支払額】 |
| | 38,880 円 | — 26,500 円 | = 12,380 円 |

- 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
平成〇〇年〇〇月〇〇日

倉庫業健康保険組合

| | | |
|------|------------------|---|
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | 印 |
| 電話番号 | 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 | |

| 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 | | 独自 | |
| | | 健保連 | |

(受付日付印)