

常務理事	部長	課長	係員

一泊人間ドック申込書

保険証の記号・番号	記号		番号		
事業所名					
フリガナ					
受診者名				印	男・女
生年月日	T・S	年	月	日	
現住所	〒				
	自宅TEL				

受診予約病院 _____

受診予約年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

利用料金(受診者負担金)は、健診機関により異なります。
 申し込みの際、お尋ね下さい。
 満35歳以上の被保険者及び被扶養者に限ります。

この申込書に係る個人情報は、一泊人間ドック申込以外に使用することはありません。
健診申込書は必ず、健康保険組合へ郵送、又はFAXしてください。