

人間ドック（日帰り）申込書

（関西文紙情報産業健康保険組合 加入事業所用）

| | | | | |
|------|-----------------------------|---|-----|-----|
| 健康保険 | 記号 | | 番号 | |
| 事業所名 | | | | |
| フリガナ | | | 性別 | 続柄 |
| 受診者名 | | | 男・女 | 本・家 |
| 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日 |
| 現住所 | 〒 | | | |
| | 自宅・携帯 TEL () 会社 TEL () | | | |

○ 健診機関名 _____

○ 受診予約年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

○人間ドック費用補助対象者は、35歳以上の被保険者および被扶養者です。
(年度内に35歳となる方も可)

○この申込書は、必ず健康保険組合へ郵送またはFAX(06-6765-9216)
してください。

※ この申込書に係る個人情報、当該申込以外に使用することはありません。