

人間ドック（1泊）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。