

人間ドック利用申込書【新規・変更】

↑ いずれかに○

※ 受診者が契約健診機関に予約した後、受診日の前日までに、本申込書を健保組合に送付してください。
但し、契約外機関で受診の場合は、あらかじめ健保組合の了承を得て申請してください。

※ 受診者が本人と配偶者の場合は、申込書を別々に作成してください。

FAX:03-6895-8393

※ 契約機関で受診した方の結果表は、健診機関から健保組合に提出され受診者の健康保持、増進のための事業に活用することを了承いただいた上でお申し込みください。

【被保険者】

(フリガナ) 氏名		保険証 記号・番号	—
会社名		電話番号	()
勤務箇所名			

【受診者】

(フリガナ) 氏名		生年 月日	(西暦) 年 月 日	1.男	2.女
続柄	1.本人 2.配偶者			歳	
居住地	TEL: 〒	E-mail:			

【健診機関先の予約内容】

予約日時	平成 年 月 日 (曜日)	申込日	平成 年 月 日	
健診機関名	電話: ()	健診機関 種別 (いずれ かに○)	1. 東振協契約 2. 健保直接契約 3. 契約外 ※ ※事前に承認を得てから予約のこと	
	受付担当者名:			
健診コース	1. 日帰り(1日)	婦人科検診 (オプション)	乳がん 検診	1. 受診する 2. 受診しない
	2. その他 ()		子宮頸がん 検診	1. 受診する 2. 受診しない

【当健保の契約先以外の健診機関で受診する理由】

契約健診機関が受診者の住居地又は勤務地から90分以上要する遠隔地であるため

【変更内容】 ※変更申請の場合は変更の内容をご記入ください。

< 健保組合記入欄 >

結果報告受付日	平成 年 月 日
支払日	平成 年 月 日

決議	常務理事	事務長	課長		担当者

健保組合受付印