

事業所担当者経由

(掲示板用)

↓

任意人間ドック利用申込書

B5サイズで印刷して提出ください

昭和電線健康保険組合 行

年 月 日提出

申込者氏名	健康保険証 記号・番号	—		被保険者の 事業所名 職場(略称)	内線—			
《フリガナ》 受診者氏名		申込者との続柄	性別	生年月日	S H	年 月 日 年齢 歳		
			男女					
《フリガナ》 受診者住所	〒(—)					TEL — —		
健診機関名	TEL — —		婦 人 科	希 望 否	希 望 日	第1 年 月 日()	決 定 日	
						第2 年 月 日()	月 日	
						第3 年 月 日()	()曜日	

- 注 1、利用希望日は、早めに申込をお願いします。(健診機関によっては2ヵ月以上先でないと予約できない所有り)
- 2、受診資格者は、被保険者・被扶養配偶者で40歳以上の方です。
- 3、健保契約健診機関で受けられる方は、利用料(本人負担分)を必ず受診前に健保へ納入して下さい。
- 4、健保契約外の健診機関で受診される場合、日帰りドックとして受診者本人が予約をし、健診料は本人の一時立替となります。
- 申込書に記載された個人情報、は、健診機関に提供いたします。
- 保健指導・健康相談のため、健診結果を取得し事業主と共同利用いたします。
- 共同利用の停止等を希望される場合は、健保組合までご連絡ください。

※ 事業所担当者 記入	決 定 日 連 絡	自 己 負 担 金	受領印
	月 日 氏に	¥ 円	