

受付 番号	
----------	--

人間ドック受診申込書

事業所名			健康保険被保険者証の記号番号	記号	番号						
被保険者氏名	(フリガナ)		男 女	生 年 月 日	昭 平 年 月 日						
										
被保険者 住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								電 話 ()		
健診機関名											
健診日	第1希望	令和	年	月	日						
	第2希望	令和	年	月	日						
健康保険組合 使用欄	決 定 日	令和	年	月	日						
備 考											

- ※ 健診結果報告書は、健診機関から受診者と健康保険組合に送付されます。また、健康保険組合が取得した健診結果にもとづき、特定保健指導を実施する場合があります。
- ※ 健診日は第1希望・第2希望ともご記入ください。なお、健診機関に直接連絡されて健診日を決定の場合は、健診日を第1希望日欄に記入し、備考欄に「予約済み」とご記入ください。
- ※ 同一年度（4月から翌年3月）に同じ方が、「人間ドック」「節目健診」「基本健診」「婦人健診」「特定健診」の内2以上受けられた場合は、重複する検査は実費扱いとなりますのでご注意ください。
- ※ ファックスご利用の場合は、06-6763-3500です。

大阪菓子健康保険組合

健康保険組合 使用欄	申込日	
	請求日	