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	〒 □□□ □□□□ 電話 ( )				
健診機関名					
健診日	令和 年 月 日 (曜日) ※必ず健診機関に事前予約した上での決定日を記載下さい			予約済欄	
備考					

※ 健診機関に直接連絡し、確定した日付を健診日欄に記載の上、
予約済欄に〇印をご記入ください。

※ 健診機関が定める基本検査項目以外のオプション検査は、実費負担となります。

※ 同一年度(4月から翌年3月)に、[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、2つ目以降の健診は実費扱いとなりますのでご注意ください。

※ 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します。
ご希望の方は当組合までご連絡ください。

大阪菓子健康保険組合
FAX 06-6763-3500

健康保険組合使用欄	申込日	
	請求日	