

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></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 電 話 ()											
健診機関名												
健診日	令和 年 月 日 (曜日)			予 約 済 欄								
	※必ず健診機関に事前予約した上での健診日を記載下さい											
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○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、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。
- ※ 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	