

健診機関への予約が完了してから  
組合へご提出ください

常務理事	事務長	保健事業課長	係

## 人間ドック受診申込書

受診者	事業所名	株式会社 ○○○○		記号	○○○	番号	○○○
	フリガナ	○○○○ ○○○○		性別	続柄	生年月日	
	氏名	○○ ○○		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 ○○年○○月○○日	
	住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○1-1-1					
	電話番号	○○○(○○○)○○○					

健診機関等	希望ドック	<input type="checkbox"/> 1日制(日帰り・総合) <input type="checkbox"/> 2日制 <input type="checkbox"/> 東振協(D1コース)					
	オプション検査	<input type="checkbox"/> 婦人科検査(子宮細胞診) <input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> 乳房エコー検査 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 希望しない ② オプション検査の申し込みも、個人で直接健診機関にお申込下さい					
	健診機関	名称	○○○○病院				
		都道府県	○○県	市区町村	○○市	電話番号	○○○(○○○)○○○
	受診予定日	平成○○年○○月○○日 ※予約を取った受診予定日をご記入ください					

法定健診としての受診の有無	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
---------------	--

受診費用	(人間ドック料金)	(組合補助額)	(窓口負担額A)	内訳	(事業主負担額 ①)	円
	○○,○○○円	- 26,500円	= ○○,○○○円		(受診者負担額 ②)	円
	●オプション検査費用合計(B)	円	※ 事業主負担額は法定健診として受診すると回答した場合は、必ずご記入ください。なお、事業主負担最低額は6,600円です。			
●窓口でお支払いする額(A+B)	円					

【個人情報の取り扱いについて】 申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。

上記の通り申し込みます  
平成○○年○○月○○日

倉庫業健康保険組合

事業所名	株式会社 ○○○○	
所在地	東京都○○区○○1	
健保委員氏名	○○ ○○	㊞
電話番号	○○(○○○○)○○○	

(受付日付印)

医療機関コード	データ	支払日
	有・無	
特定健診料金		

健診機関への予約が完了してから  
組合へご提出ください

常務理事	事務長	保健事業課長	係

## 人間ドック受診申込書

受診者	任意継続被保険者		記号	2000	番号	0000
	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	性別	続柄	生年月日	
	氏名	〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1				
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇					

健診機関等	希望ドック	<input type="checkbox"/> 1日制(日帰り・総合) <input type="checkbox"/> 2日制 <input type="checkbox"/> 東振協(D1コース)				
	オプション検査	<input type="checkbox"/> 婦人科検査(子宮細胞診) <input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> 乳房エコー検査 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 希望しない    ⑤ オプション検査の申し込みも、個人で直接健診機関にお申込下さい				
	健診機関	名称	〇〇〇〇病院			
		都道府県	〇〇県	市区町村	〇〇市	電話番号
受診予定日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※予約を取った受診予定日をご記入ください					

受診費用	(受診費用)	(組合補助額)	(一部負担額A)
	〇〇,〇〇〇円	- 26,500円	= 〇〇,〇〇〇円
	●オプション検査費用合計(B)		円
●窓口でお支払いする額(A+B)		円	

【個人情報の取り扱いについて】 申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。

倉庫業健康保険組合

上記の通り申し込みます  
平成〇〇年〇〇月〇〇日

氏名	〇〇 〇〇	⑤
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	

医療機関コード	データ	支払日
	有・無	
特定健診料金		

(受付日付印)