

受診機関への予約が完了してから
組合へご提出ください

人間ドック受診申込書(健保連指定健診機関用)

受診者	事業所名	〇〇〇〇株式会社		記号	〇〇〇	番号	〇〇〇
	フリガナ	ケンポ タロウ		性別	続柄	生年月日	
	氏名	健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 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					

受診機関等	受診機関	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	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	予約受診日	令和〇〇年〇〇月〇〇日					

受診費用	【基本料金】	【組合補助額】	【窓口支払額】
	39,600 円	— 26,500 円	= 13,100 円

- 申込後、当組合より利用連絡票を発行しますので、受診日に健診機関へご提出ください。
- オプション検査料金は別途自己負担となります。
- 申込書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。
- 独自契約、東振協委託契約の健診機関で受診される方は申込書の提出は必要ございません。

上記の通り申し込みます

令和〇〇年〇〇月〇〇日

事業所名	〇〇〇〇株式会社
所在地	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
健保委員氏名	〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

(受付日付印)

組合記入欄	医療機関コード
	支払月

倉庫業健康保険組合