

被保険者人間ドック(日帰り・1泊)申込書

下記のとおり契約健診機関に予約をしたので、申し込みます。

健診機関名		※コード			
-------	--	------	--	--	--

事業所名
担当者名
電話番号

印

健康診査の種類	被保険者証の		フリガナ	生年月日	住所・電話番号	受診日	備考
	記号	番号	氏名				
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒 (TEL)	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒 (TEL)	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒 (TEL)	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒 (TEL)	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒 (TEL)	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒 (TEL)	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒 (TEL)	月 日	

- (注意) 1. この申込書は、健診機関ごとにとりまとめのうえ、郵送またはFAXで所轄の本部又は支部に提出してください。
2. 胃部X線検査・婦人科健診・前立腺(P S A)を希望する場合は、予約時にその旨を伝えてください。
3. ※欄は、記入しないでください。

FAX送付先	本 部	03-3238-1047	北海道・東北支部	022-299-5530
	中国・四国支部	082-242-2854	九州支部	092-714-7632