

人間ドック利用申込書

常務理事	事務長	係長	主任	係

勤務先名称		勤務先所在地	〒 ー		
被保険者証 記号一番号	ー	被保険者氏名			
受診者氏名	(フリガナ).....	性別	受診者生年月日		受診者区分
		男女	昭・平・令	年 月 日 (歳)	被保険者 ・ 被扶養者
受診者住所	〒 ー		TEL () ー		
受診日	月 日 (曜日) 日帰り ・ 一泊	健診機関名称			
		健診費用	円		

同意書

- ・当組合が健診機関にこの利用申込書の内容を連絡すること
- ・当組合が健診機関から健診結果の報告を受けること
- ・健診結果より保健指導の対象となった場合は、当組合が行う保健指導を必ず受けること

上記のことについて同意し、健診費用全額を添えて、人間ドックの利用を申込みます。

大阪港湾健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

受診者氏名 (自署)