

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	会社名をご記入ください		勤務先所在地	〒 ー 会社の住所をご記入ください	
被保険者証 記号ー番号	記号 ー 番号		被保険者氏名	被保険者の名前をご記入ください	
受診者氏名	(フリガナ).....		性別	受診者生年月日	受診者区分
	受診される方の名前をご記入ください		男 女	昭・平・令 ○○年○○月○○日 (○○歳)	被保険者 ・ 被扶養者
受診者住所	〒 ー 受診される方の住所と連絡先をご記入ください				TEL () ー いずれかに○
受診日	月	日 (曜日)	日帰り ・ 一泊	健診機関名称	予約された健診機関名称をご記入ください
	予約された受診日をご記入ください			健診費用	健診費用をご記入ください 円
		いずれかに○			

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) 受診される方の氏名をご記入ください