

常務理事	事務長	課長	担当者

処理 状況	病院通知	年 月 日
	利用券発送	年 月 日
	利用料受入	年 月 日

本
事
事

人間ドック利用申込書

所属事業所名 及び所在地				被保険者・被扶養者	
被保険者証 記号番号		フリガナ 利用者 氏名		男 ・ 女	昭 年 月 日生 (歳)
利用者住所		〒 電話番号			
実施内容		1日ドック ・ 大腸内視鏡検査 ・ 脳検査			
医療機関名・住所		名称 住所 〒 電話番号			
受診日		令和 年 月 日			
医療機関との 連絡状況		連絡した日		令和 年 月 日	
		受けた人の氏名			
<p>上記により人間ドックの利用を申し込みます。なお、私が負担する人間ドック利用費用は通知があり次第納付いたします。</p> <p>また、特定健診・特定保健指導により、当組合に健診結果控えが送付されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名</p> <p style="text-align: center;">製紙工業健康保険組合</p>					

※ この申請書にご記入いただいた個人情報は、法令に基づき、厳守いたします。

受付印

申請書に記入された個人情報は、本健診の申請事務のみに使用し、その他の目的では利用いたしません。

※ 保健師・看護師等による健康相談(事後指導)のため、健診結果を医療機関から提供を受けています。

※ この申込書を提出するときは、事前に利用希望の医療機関に予約が必要です。予約を行ってから提出願います。