

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

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				
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。 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。 令和 年 月 日 利用者氏名 製紙工業健康保険組合						

※ 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。