

健康診断予約済連絡書

被保険者用
(40歳以上)

*Dコース(人間ドック)は健診・ドック予約済連絡書をご利用ください。

- ◎年度内にいずれか1つの受診コース補助になります。重複して受診することはできません。
- ◎予約後なるべく早目にご記入いただき(*該当項目を○で囲む)、受診する日の10日前までに当組合保健事業課宛に FAXまたは郵送でご提出ください。
- ◎受診前に当組合保健事業課までご提出いただけない場合、医療機関に対し補助金含む費用の全額立替払いとなる場合がありますので、ご了承ください。

事業所記号		事業所名称	
事業所 担当者名		TEL	
		FAX	
		E/mail	

被保険者 番号	氏名	性別*	生年月日	年齢	受診コース*
受診先医療機関名		都道府県名(医療機関の)		受診日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A2 ・ B
医療機関		都道府県		年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A2 ・ B
医療機関		都道府県		年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A2 ・ B
医療機関		都道府県		年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A2 ・ B
医療機関		都道府県		年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A2 ・ B
医療機関		都道府県		年 月 日	

〔個人情報取扱〕 …詳細内容は当組合ホームページでご確認いただけます。

申込書の記載内容および健診等結果は、補助支払、保健事業の企画運営に使用し、他の目的には使用しません。