

会館内実施健診・ドック申込書

当組合会館内
実施専用申込書

- ◎年度内にいずれか1つの補助になります。重複して受診することはできません。
- ◎オプション料金は受診日当日に医療機関へお支払いいただきます。
- ◎当組合加入者以外の方(自費)は、被保険者番号欄に「未加入」又は「パート」等とご記入ください。

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	受診希望者氏名		性別	受診希望日	オプション検査申込有無
生年月日	年齢		資格 区分	健診区分(申込コース)	
番号	氏名		男性 女性	月 日	オプション検査を (申込む・申込まない)
S H 年 月 日	歳	本人 家族	A 2 ・ B ・ D ・ E		
			A 1 (労働安全衛生法定期健康診断対応)		
			A 1		
番号	氏名		男性 女性	月 日	オプション検査を (申込む・申込まない)
S H 年 月 日	歳	本人 家族	A 2 ・ B ・ D ・ E		
			A 1 (労働安全衛生法定期健康診断対応)		
			A 1		
番号	氏名		男性 女性	月 日	オプション検査を (申込む・申込まない)
S H 年 月 日	歳	本人 家族	A 2 ・ B ・ D ・ E		
			A 1 (労働安全衛生法定期健康診断対応)		
			A 1		
番号	氏名		男性 女性	月 日	オプション検査を (申込む・申込まない)
S H 年 月 日	歳	本人 家族	A 2 ・ B ・ D ・ E		
			A 1 (労働安全衛生法定期健康診断対応)		
			A 1		

〔個人情報の取扱い〕 …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。