

人間ドック利用申込書

常務理事	事務長	担当者

事業所 所在地

事業所 名称

TEL

事業所 担当者

被保険者氏名		記号・番号	
フリガナ		性別	年齢
受診者名		男・女	(年度内) 才
受診者住所	〒		電話番号 (- -)
受診日	半日	年 月 日 曜日	受診機関
	1泊2日	年 月 日 曜日	

上記により人間ドックの利用申し込みいたします。
健診結果表につきましては大阪線材製品健康保険組合に提出する事に同意いたします。

令和 年 月 日 受診者氏名 _____

大阪線材製品健康保険組合 御中

- ※ 同一人が年度内に人間ドック、生活習慣病予防健診、特定健診の重複受診はできません。
- ※ 健診対象者は**35歳以上**の被保険者・被扶養者です。
- ※ 妊娠中または妊娠のおそれのある方はご遠慮ください。
- ※ 健診費用の組合負担を除いた差額を健診当日窓口にてお支払いください。
- ※ 全額自己負担された場合は、「健診費用補助金申請書」にて当組合あてご請求ください。