

# 人間ドック 申込書

※いずれかに○をしてください

1 直接契約 ・ 2 東振協 ・ 3 契約外	※東振協は契約医療機関名簿(当健保組合のHPを参照)の表左側 No.をご記入ください
------------------------	--

実施医療機関名	※東振協 No.
	No.

※お手元に保険証(カード証)をご用意の上、記入してください。

記号・番号	記号	番号	男・女
-------	----	----	-----

フリガナ		本人・家族
氏名		

生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才)
------	-----------------

自宅住所 電話番号	〒 - Tel ( )
--------------	----------------

検査年月日	令和 年 月 日 (4月~12月末迄が開設期間です。)
-------	-----------------------------

検査コース	日帰りコース ・ 1泊コース ・ その他( )コース
-------	----------------------------

上記のとおり短期人間ドックを申し込みます。

令和 年 月 日

事業所記号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

〒 -

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

申込責任者 \_\_\_\_\_

東京都金属プレス工業健康保険組合 殿

※医療機関に予約後に**申込書2部**(契約外は1部で結構です)を健保組合へご提出ください。

※健診料金(本人負担)は当日、医療機関へお支払いください。

※申込一覧表に記載されている個人情報については、これに係わる業務以外には一切使用致しません。