

# 被保険者人間ドック(日帰り・1泊)申込書

下記のとおり契約健診機関に予約をしたので、申し込みます。

健診機関名		※コード				
-------	--	------	--	--	--	--

事業所名  
担当者名  
電話番号

※欄は、記入しないでください。

健康診査の種類	被保険者の		フリガナ 氏名	生年月日	住所・電話番号	受診日	備考
	記号	番号					
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒  (TEL )	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒  (TEL )	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒  (TEL )	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒  (TEL )	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒  (TEL )	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒  (TEL )	月 日	
1. 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック				昭和 年 月 日 平成	〒  (TEL )	月 日	

(注意) 1. この申込書は、健診機関ごとにとりまとめるうえ、郵送またはFAXで所轄の本部又は支部に提出してください。  
2. 胃部X線検査・婦人科健診・前立腺(PSA)を希望する場合は、予約時にその旨を伝えてください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

FAX 送付先	本 部	03-3238-1047	北海道・東北支部	022-299-5530
	中国・四国支部	082-242-2854	九州支部	092-714-7632

民間放送健康保険組合