

空欄を必ずご記入ください。

健保連人間ドック申込書

| | |
|---------------------|---|
| 医療機関名 | |
| 医療機関所在地 | 〒 _____ - _____ 電話 _____ - _____ - _____ |
| 受診日 | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 被保険者等 記号番号 | 記号 _____ 番号 _____ |
| 被保険者氏名 | |
| 利用者区分 | 1. 本人 2. 被扶養者 |
| 利用者 (カナ) 氏名 (漢字) | |
| 生年月日 | 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 平成 |
| 利用者住所 | 〒 _____ - _____ 電話 _____ - _____ - _____ |
| 事業所名 | |
| 事業所所在地 | 〒 _____ - _____ 電話 _____ - _____ - _____ |

※本申し込みをもって、健診結果が当組合に送付されることに同意したとみなされます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

酒フーズ健康保険組合 健康管理部

受付日付印

〒104-0033 東京都中央区新川1丁目8番16号

TEL 03(3552)4258

FAX 03(3552)4027

※申込みは郵送またはFAXでお願いします。