

契約医療機関 人間ドック申込書 <40歳以上対象>

受診日	年 月 日() で受診予約済み						
医療機関名					コース	<input type="checkbox"/> 日帰り	<input type="checkbox"/> 一泊
契約形式 <small>(該当箇所にはし、必要事項にご記入下さい。)</small>	<input type="checkbox"/> 組合直接契約	<input type="checkbox"/> 東振協契約		コード番号			
	<input type="checkbox"/> 健保連契約	医療機関所在地		都道府県	市区町村		
記号・番号	—			続柄	<input type="checkbox"/> 本人		
					<input type="checkbox"/> 家族		
ふりがな				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日		
氏 名					昭和 年 月 日		
住 所	〒						
電話番号							
連絡先氏名							
備考							

●ご記入いただいた氏名などの個人情報、当組合の保健事業以外の目的では使用いたしません。

●組合からの補助の上限は30,000円までとなります。

一部負担金 { 10,000円(超過なし) }
 { 10,000円 }
 + (30,000円超過分)

の支払い方法は

- 医療機関から事業所へ請求
- 受診者が医療機関窓口で支払い
(希望する方どちらかに☑を入れて下さい。)

事業所名称・所在地

または

受診者氏名

上記のとおり契約医療機関に予約をいたしましたので、送付いたします。