

契約医療機関 人間ドック申込書 <40歳以上対象>

受診日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日(曜日) 予約済み				
医療機関名	〇〇 病院		コース	<input type="checkbox"/> 日帰り	<input type="checkbox"/> 一泊
契約形式	<input type="checkbox"/> 組合直接契約	<input type="checkbox"/> 東振協契約	コード番号	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<small>(該当箇所に☑し、必要事項にご記入下さい。)</small>	<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	〇〇〇〇—〇〇〇〇		続柄	<input type="checkbox"/> 本人	
ふりがな	〇〇 〇〇		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	
氏名	〇〇 〇〇			昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
住所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇				
電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
連絡先氏名	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 同上				
備考					

●ご記入いただいた氏名などの個人情報は、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

株式会社 〇〇 又は 個人名記載

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。

機缶健康保険組合 総務課宛