

# 契約外

## 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
医療機関所在地	〒		
医療機関電話番号		料金	約 円
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
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。
- 申請書類で不備等があった場合と特定健診項目を含んでいない場合、  
補助を受けられないことがありますので、別紙の注意事項をよくお読みください。

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。