

# 契約外

## 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）で受診予約済み		
医療機関名	〇〇病院	コース	<input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 一泊
医療機関所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇		
医療機関電話番号	03-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇	料金	約 〇〇, 〇〇〇円
記号・番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
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	03-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇		
連絡先氏名	090-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇 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。

機岳健康保険組合 総務課宛