

令和 年 月 日

昭和シェル健康保険組合 御中

人間ドック受診申込書

受診者氏名	フリガナ	昭和 年 月 日生 () 才 平成
保健証記号		番号
所属	事業所	部 課 (内線番号) ()
住所 (連絡先)	〒	— 電話
受診機関名		
受診コース	日帰りコース	
受診年月日	令和 年 月 日	

* 健診結果データは、必ず健保組合へ提出してください。

(40歳以上の方は特定健診問診票も提出してください。)

* 人間ドック受診の条件は、30歳以上の被保険者で、当該年に於いて会社の定期健診を受診しており、なおかつ定期健診から6ヶ月が経過している事となります。

-----キ---リ---ト---リ---線-----

ドック利用者

_____ 殿

ドック利用負担金 _____ 円

利用機関名 ()

利用年月日 (令和 年 月 日)

上記の金額を受領しました。

令和 年 月 日

昭和シェル健康保険組合