

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 ケホ 勉 健保 太郎	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇) 才 平成	
保健証記号	△△	番号 〇〇〇〇〇	
所属	事業所 〇〇〇株式会社	部 総務部	課 (内線番号) 総務課 (7777)
住所 (連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話 △△-△△△-△△△△		
受診機関名	〇〇〇クリニック		
受診コース	日帰りコース		
受診年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日		

* 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