

## 健保連人間ドック利用申込書

事業所名				事業所住所			
ふりがな				記 号	番 号		
被保険者名							
ふりがな			性 別	生 年 月 日			続 柄
利用者名			男 ・ 女	昭和 平成	年 月 日		
利用者住所	〒 -						電話番号
							- -
病 院 名					利 用 日		
					令和 年 月 日 ( )		
利用料請求先	氏 名 (事業所名)			住 所 (事業所住所)			
				〒 -			

記入又は○印を付けてください。

上記のとおり人間ドックの利用を申し込みます。

令和 年 月 日

大阪自動車販売店健康保険組合 殿

申込者氏名

---