

人間ドック申込書

(自 動 化 健 診) 令 和 年 月 日

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	—
事 業 所 名	
被 保 険 者 氏 名	
フ リ ガ ナ	
受 診 者 名	印
生 年 月 日	S,H 年 月 日生 (歳) 男 ・ 女
住 所	〒 TEL ()
人 間 ド ッ ク 医 療 機 関 名	
受 診 日	年 月 日 予 約 済
(連 絡 事 項)	
1. 婦 人 科 健 診 する ・ し ない	
健保受付日 月 日 資格確認印	

〒 5 5 5 - 0 0 4 2 大阪市西淀川区西島 1-1-2 合 同 製 鐵 健 康 保 険 組 合
TEL 0 6 - 6 4 7 3 - 6 6 3 2

人間ドック受診券

(自 動 化 健 診) 令 和 年 月 日

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	—
フ リ ガ ナ	
受 診 者 名	
生 年 月 日	S,H 年 月 日生 (歳) 男 ・ 女
住 所	〒 TEL ()
人 間 ド ッ ク 医 療 機 関 名	
受 診 日	年 月 日 予 約 済
受 診 者 負 担 金	規定 (婦人科健診等含) の健診費用 (消費税込) の 10% を医療機関でお支払い下さい。 10 円未満切捨。
健 康 保 険 組 合 承 認 印	〒555-0042 大阪市西淀川区西島 1-1-2 合同製鐵健康保険組合 印 TEL 06-6473-6632
医 療 機 関 へ の 連 絡 事 項 (健 診 費 用 の 請 求 先)	規定の健診費用 (消費税込) の内 10% は 受診者より徴収してください。残り 90% は当組合へご請求ください。(受診券添付) 円未満切上 但し、規定外の追加検査は 全額受診者負担。

(註) 1. この受診券を医療機関の受付へ提出してください。
2. 当健康保険組合の承認印のないものは無効。