

人間ドック利用申込書(任意継続者用)

本申請書に関し、以下のごとく健保組合へ申請します。

(申請者本人の署名)

※太枠内をご記入願います。

利用者区分		イ. 本人 ロ. 認定家族		申込日	令和 年 月 日		
申込者	記号・番号	50 —		被保険者氏名			
	氏名	フリガナ		続柄		性別	男 女
利用者	生年月日	昭・平・令 年 月 日生		利用日現在の年齢		満 才 ヶ月	
	現住所	〒 —		電話 — —			
利用内容	利用日	令和 年 月 日					
	コース	日帰りコース					
	医療機関の名称						
	契約	イ. 健保直接契約ドック ロ. 健康保険組合連合会契約ドック					
希望事項 特記事項 等							

注) 健診機関での予約が完了後、上記太枠内を記入・捺印の上、健保組合へご郵送ください。

会社の健康診断または共同健診を受診された方、受診を予約している方は人間ドックの申込みができません。

万が一上記健診と人間ドックを重複受診された場合は、人間ドックの補助額をご請求させていただきます。

なお、人間ドックを受診してからの利用申込は一切受付ませんので、利用日の3週間前までに事前申請して下さい。

利用票は事前に発行し、ご自宅へお送りしますので、医療機関へご提出ください。

【送付先】

〒140-0011

東京都品川区東大井3丁目17番4号

プリマハム健康保険組合

人間ドック受付担当宛

担当者

健保組合受付印