人間ドック種別
一般１泊・一般通院
脳通院・肺通院

ドック利用申込書

この申込書は当組合特約受診用のものです。
受診者の利用についての年齢制限は、脳ドックは 40 才以上で、その他のドックの制限はありません。

<table>
<tr><td colspan="2">病院名</td><td colspan="4">１泊ホテル名</td><td colspan="3">受診日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">証記号</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">受診者氏名</td><td>被保険者</td><td colspan="3"></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>昭平令</td></tr>
<tr><td>被扶養者</td><td></td><td>続柄</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>昭平令</td></tr>
<tr><td>番号</td><td></td><td colspan="8">〒
ＴＥＬ</td></tr>
<tr><td colspan="2">受診者住所</td><td colspan="8">〒
ＴＥＬ</td></tr>
<tr><td colspan="2">所属事業所名</td><td colspan="3"></td><td>同住所</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

私は、水産連合健康保険組合が保険事業(特定健診)として行う人間ドックの健診結果を
健康管理の目的で健康保険組合が活用することに同意の上で申し込みます。

年　　月　　日

被保険者住所

氏　　名　　㊞

水産連合健康保険組合　御中

人間ドック種別
一般１泊・一般通院
脳通院・肺通院

ドック受診券

（本件は受診の際に健診医療機関へ提出して下さい）

この申込書は当組合特約受診用のものです。
受診者の利用についての年齢制限は、脳ドックは 40 才以上で、その他のドックの制限はありません。

<table>
<tr><td colspan="2">病院名</td><td colspan="4">１泊ホテル名</td><td colspan="3">受診日</td></tr>
<tr><td>証記号</td><td></td><td rowspan="2">受診者氏名</td><td>被保険者</td><td colspan="4"></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>昭平令</td></tr>
<tr><td>番号</td><td></td><td>被扶養者</td><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>昭平令</td></tr>
<tr><td colspan="2">受診者住所</td><td colspan="8">〒
ＴＥＬ</td></tr>
<tr><td colspan="2">所属事業所名</td><td colspan="3"></td><td>同住所</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

特定検診項目の部分のみデータは当健康保険組合に提出願います。

年　　月　　日

お願い
本券は健保へ料金請求の際請求書に添付して下さい

大阪市福島区野田１丁目１番 86 号
大阪市中央卸市場本場業務管理棟４Ｆ
水 産 連 合 健 康 保 険 組 合
ＴＥＬ(06)6469-7540

御中