

人間ドック利用申込書

(健保連人間ドック健診)

(受診者 1 人につき 1 枚記入して下さい。)

利用希望病院				受診希望日		年 月 日			
所属事業所				同 住 所					
証 記 号		受 診 者 氏 名	被保険者				男 ・ 女	昭 平 令	年 月 日生
番 号			被扶養者		続 柄		男 ・ 女	昭 平 令	年 月 日生
〒 ー 受診者住所									
TEL ()									
年 月 日									
被保険者住所									
氏 名 印									
水産連合健康保険組合 御中									
1. 利用の申し込みは、利用日の 2 週間前までに行ってください。									
2. 利用日の 1 週間前までに取消しの連絡がない場合は、キャンセル料が発生することがあります。									

※健保連契約のドックを受診する場合は、当組合から受診される医療機関へ直接受診券を郵送いたします。

※利用される医療機関によっては、先に利用料金をいただく場合がございますので、医療機関に確認後連絡いたします。