

# 人間ドック申込書

利用施設名 (病院名)	一泊 日帰
	今までに上記施設を利用したことが ある ない
予約日	令和 年 月 日 ( ) 曜日
フリガナ 氏名	男 本人 女 家族
生年月日	昭和 年 月 日生 才
住所 電話	〒 TEL
被保険者等 記号番号	—
事業所名 連絡先	TEL
<p>* 健診結果が健保組合に送付されることへの同意(どちらかに○をしてください。)</p> <p>同意する ・ 同意しない(全額自費で受診する)</p>	
<p>令和 年 月 日</p> <p>神奈川県石油業健康保険組合</p> <p>横浜市中区万代町3-5-3 TEL 045-641-2473</p> <p>Fax 045-641-2463</p>	

- \* 医療機関へ予約後「健康保険組合」宛FAXしてください
- \* 健診結果について同意が無い場合全額自費での受診となります
- \* 人間ドックの補助を受けた場合年度内はその他の健康診断の補助を受けることができません