

生長会健康保険組合 御中

人間ドック健診利用申込書

本人 ・ 家族

【No. 】

健診機関に受診予約をしたのち、健診実施予定日の7日前までに、生長会健康保険組合へ
一部負担金を添えて提出してください。

【一部負担金 日帰りコース:7,000円 脳ドック:8,000円】

該当する項目を○で囲んでください			
健診種別	1. 日帰りドック 2. 脳ドック (女子は婦人科健診込み) *35歳の希望者のみ「ピロリ菌検査」込み		
健診機関	1. ベルククリニック 2. 府中クリニック 3. ベルランド総合病院 4. 阪南市民病院 5. 武田病院健診センター		
被保険者	記号	番号	
(フリガナ)			性別 被保険者との続柄
利用者氏名			1 男
			2 女
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)		
自宅住所	〒 -		
電話番号	()		
健診予定日	令和 年 月 日 (曜日)		

以上のおり、一部負担金 (円) を添えて申し込みます。
なお、受診結果を特定健康診査として取り扱うことを了承致します。

令和 年 月 日

被保険者
氏 名