

人間ドック申込書

◎ 提出先 健康保険組合

被保険者の 記号・番号	記 号	1 0	番 号	1 2 3 4	被保険者の 生 年 月 日	昭・平 5 9 年 4 月 1 0 日	年 令	3 8 歳
被 保 険 者 の 住 所	〒338-xxxx 埼玉県さいたま市〇〇区△△△ X-X-X					電話 番号	090-xxxx-xxxx	
第一希望	受 診 日	令和 4 年 6 月 1 0 日 (金)						
	健診機関名	△△△△クリニック						
第二希望	受 診 日	令和 4 年 6 月 2 4 日 (金)						
	健診機関名	△△△△クリニック						
婦 人 科 検 診		受 診		する・しない				
上記の通り人間ドックを申込みます。 令和 4 年 4 月 1 5 日								
被 保 険 者	所 属	〇〇〇グループ			所 属 コー ド	xxxxxx		
	氏 名	健保 花江			内 線 番 号	72-xxx		

健 保 組 合 記 入 欄	受 診 日	令和 年 月 日 ()
	健診機関名	
	利用券交付日	令和 年 月 日

確認印	受付印