

短期人間ドック利用申込書

下記のとおり申し込みますので、補助金支給をお願いいたします。

事業所名

所在地

電話

被保険者	記号		番号		フリガナ	
					氏名	印

同意事項	保健事業推進及び統計・分析・健康保持増進のため、愛知県自動車販売健康保険組合が行う事後指導に、人間ドック結果表を使用することに同意します。 *同意しない場合はその理由()
------	---

受診者	フリガナ		被保険者	性別	男女	
	氏名					被扶養者
	フリガナ					
	住所	〒				
	電話	自宅		勤務先		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日				

受診希望健診機関	() コース)
----------	-------------

追加検査	乳がん(触診・超音波・マンモグラフィー)・子宮がん・前立腺がん 胸部CT・骨密度・その他()
------	--

この健診機関で受診したことがありますか。	ある・ない
----------------------	-------

受診予約日	年 月 日
-------	-------

*注意事項

1. 当申込書は、受診予約日の2週間以上前にご提出ください。

2. 一部負担金は、当日健診機関にてお支払いください。