

【提出先】所属事業所健康管理担当(任意継続の方:健保)

## 人間ドック 利用申請書

申請日 年 月 日

|       |    |       |        |
|-------|----|-------|--------|
| 被保険者証 |    | 社員No. | 被保険者氏名 |
| 記号    | 番号 |       | (フリガナ) |
|       |    |       |        |

|       |                       |                           |
|-------|-----------------------|---------------------------|
| 受診者   | 被保険者本人 ・ 家族 (該当する方に○) |                           |
|       | 氏名                    | 生年月日                      |
|       | (フリガナ)                | 昭和<br>平成 年 月 日<br>(年齢: 歳) |
| 現住所   | 〒 - mail:             |                           |
| 受診年月日 | 年 月 日 (日帰 / 泊)        |                           |
| 健診機関  | 名称                    |                           |
|       | 所在地                   |                           |

・ 手続き

- ① 予約申込後、当申請書を受診者1名につき1枚提出してください。
- ② **契約**健診機関を利用の場合は、当申請書提出のみです。
- ③ **契約外**健診機関を利用の場合は、健診費用をいったん全額お支払いいただいた後「ドック補助金申請書」を各事業所担当へ提出してください。
- ④ 補助金申請書には、領収書(原本)、健診結果のコピー、特定健診質問票を添付してください。
- ⑤ 被保険者は法定健診項目を必ず受診してください。

受付年月日

※本申請書の記載事項は特定健診・特定保健指導の実施のみに使用します。

※被保険者の押印は不要です。

事業所  
使用欄