【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

健康保険の資格情報		社員№	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　（該当する方に〇）		
	氏名	(フリガナ)	生年月日
			昭和 平成　　年　　月　　日 （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

事業所使用欄

※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。