

## 人間ドック受診申込書

私は、次の①から③のすべてに該当するので健康診査の受診を申し込みます。	
①	定期的に同一の病気治療のために医師の診察、治療や投薬を受けていない。
②	定期的に診察、治療、投薬を受けているが担当医の承諾を得ている
③	体調不良、痛み、違和感などの自覚症状はない

※ご希望の医療機関と受診希望日をご記入の上、健保組合へお申込みください。  
 健保組合から医療機関へ申込みを致します。医療機関への直接のお申込みはご遠慮ください。

受診医療機関名	
---------	--

▼受診希望日を第1希望日から第4希望日までご記入ください。

第1希望日	年 月 日 ( )	第2希望日	年 月 日 ( )
第3希望日	年 月 日 ( )	第4希望日	年 月 日 ( )

▼受診希望コースに○を付けてください

受診コース	生活習慣病ドック	レディスドック	一般ドック (日帰り)	婦人科付き	脳ドック (40歳以上)	単体
				婦人科なし		複合

▼貴方様について

会社名	この欄に店舗名まで記入してください		保険証の 記号番号	—		
所属部門名			所属先電話	直通	内線	
フリガナ				入社年月		性別
お名前前 (自署)	コード印は不可			年 月		
生年月日	年 月 日 ( 歳)					
ご自宅住所 お電話番号	〒		電話 ( )			

▲上記の内容に基づき「人間ドック受付票」をお届けします。「人間ドック受付票」がお手元に届いた時点で予約確定です。

▼個人情報の保護について

健保組合が入手する「本申込書」ならびに「健診結果」は健保組合にて厳重に保管し、第三者に提供することはありません。
--

申し込み、お問い合わせ先 【東武流通健康保険組合】

住所：〒171-0021 東京都豊島区西池袋 3-29-12 大地屋ビル 5階 電話：03 (3988) 9327 FAX：03 (3988) 1964