常務理事	事 務 長	部　　長	課　　長	課長代理	係

契約健診機関 健康診査等利用申込書（任継用）

<table>
<tr><td rowspan="4">健 診 種 別
（該当する種別に○をつけてください）</td><td colspan="3" rowspan="2">1. 契 約 短期人間ドック</td><td colspan="2">A. １泊２日ドック
（当組合独自契約健診機関）</td></tr>
<tr><td colspan="2">B. 日 帰 り ド ッ ク</td></tr>
<tr><td colspan="5">2. 婦 人 科 健 診（オプション）</td></tr>
<tr><td colspan="5">3. 脳ドック(脳検査)（オプション）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">記 号 ・ 番 号</td><td colspan="3" rowspan="2">９９９ ―</td><td>フ リ ガ ナ</td><td></td></tr>
<tr><td>被 保 険 者
氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">利 用 者 区 分</td><td colspan="3" rowspan="2">被保険者 ・ 被扶養者</td><td>フ リ ガ ナ</td><td></td></tr>
<tr><td>被 扶 養 者
氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>性　　別</td><td>男・女</td><td>年齢</td><td>歳</td><td>生 年 月 日</td><td>昭
平　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒　　TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td>利　　用
健 診 機 関 名</td><td colspan="3">所在地(　　)　都道府県</td><td>利用日</td><td>自 令和　　年　　月　　日
至 令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

健康診査事業実施のため、健診結果が健保組合にも通知されることに同意のうえ、上記のとおり健康診査の利用を申込いたします。

令和　　年　　月　　日

(注)

① 利用される健診機関へ直接予約してください。予約が成立しましたら健診予約日の２週間前までに、組合あてに郵送またはFAXで申込書を提出してください。

② 1.契約短期人間ドックの利用料金は、後日補助金を差引いた額の請求書を送付しますので、同封の振込用紙でお支払いください。
ただし、オプション料金(婦人科健診、脳ドック（脳検査）除く)については当日窓口でお支払いください。

③ 通知された健診結果は健康診査事業以外の目的には利用いたしません。

大阪府電設工業健康保険組合(7.4)