

常務理事	事務長	担当者

心臓ドック受診申込書

(受診申込者は事業所担当課へ提出して下さい。なお、任継者・特退者は直接組合へ提出して下さい。)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名 (申込者氏名)		被保険者証の記号・番号 —	
	事業所名 (会社名)		(TEL : — —)	
	所属部門名 (任継者・特退者は 記入不要です。)	本部 課・チーム・グループ	部・室 (内線 :)	
	(フリガナ)		性別 区分 生年月日	
	受診者氏名	男 女	本人 家族	昭和 平成 年 月 日
	受診者住所	(〒 —)	(TEL : — —)	
	健診機関名			
	健診コース			
	健診機関 への予約申込日	令和 年 月 日	受診予定日	令和 年 月 日 令和 年 月 日
	備考欄			
健診機関または受診者から 健診結果を組合に提供 することについて	(該当の□に✓をして下さい。) <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	受診者 署名 (自筆)		

申込時の注意事項(必ず読んで下さい。)

事業所 担当者

- 受診申込者は、組合員(被保険者・被扶養者)が対象となります。
- 記入される時は、黒のボールペンまたはサインペンを使用して、楷書でご記入願います。
- 本申込書は、先に健診機関に連絡して、検診内容の説明と予約状況を確認し、予約申し込みをしてから速やかに提出して下さい。
- 組合へ受診の申請をせず受診した場合、あるいは事後申請における受診の場合は補助の対象にはなりません。
- 健診機関または受診者から組合に対して健診結果の提供を受ける場合があることについて、**同意しない場合または署名のない場合は、全額自己負担となります。なお、受診者署名は、受診者本人が**ご記入下さい。
- 受診申込者は、健診機関から結果通知を受領した後、速やかに結果通知を組合へ提出願います。
- 組合に申し出なく、自己の責任により健診を取り消しまたは変更した結果、発生した健診費用等については、全額自己負担となりますので、ご注意願います。