

申込日 令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

P E T 検診受診申込書

(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 險 者 記 入 欄	被保険者氏名 (申込者氏名)	(印)			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 年 月 日	平成	
	受診者住所	(〒 — — —) (TEL : — — —)				
	検査施設名					検診料金 円
	検診コース					
	㈱ウェルネス への予約申込日	令和 年 月 日	受診予定日	令和 年 月 日		
備考欄						
検査施設または受診者から 検査結果を組合に提供する こと及び㈱ウェルネスから組合に ㈱ウェルネス所定の予約依頼票の 写を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、組合加入員（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㈱ウェルネスのコールセンターに連絡して、検診内容の説明と予約状況を確認し、予約申込をしてから速やかに提出して下さい。
- 検査施設または受診者から組合に対して検査結果の提供を受ける場合があることおよび㈱ウェルネスから組合に㈱ウェルネス所定の予約依頼票の写を提供することについて、同意しない場合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。
- 組合に申し出なく、自己の責任により検診を取り消しまたは変更した結果、発生した検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。

組合 記入 欄	Ⓐ 申込書の受理年月日	令和 年 月 日	Ⓑ 組合への検査結果等 の提供の有無の確認	<input type="checkbox"/> 確認済
	Ⓐ ㈱ウェルネスからの予約 依頼票の確認年月日	令和 年 月 日	Ⓓ 組合の申込書と㈱ウェル ネスの予約依頼票との突合	<input type="checkbox"/> 確認済
	Ⓔ 検査結果の受理年月日	令和 年 月 日	Ⓕ 備考欄	