|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用券発行 | 発行番号 | № | ドック利用料 | ドック補助額 | 利用者負担額 |
| 発行月日 |  | 円 | 円 | 円 |

※上記には記入しないでください。

**人間ドック利用申込書**

**日帰り・一泊**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  | | 事業所名 | |  | |
| 利用者氏名 |  | | | | | 生年月日 | | 昭 和  平 成 | 年　　月　　日 |
| 性　　　別 | 男・女 | | 被保険者との続柄 | | | | |  | |
| 入院する日 | 自　令和　　年　　月　　日  至　令和　　年　　月　　日 | | | | 健診機関  名　称  所在地 | |  | | |

|  |
| --- |
| 上記のとおり人間ドックの利用を申し込みます。  また、健診結果を健康保険組合に提供することに同意いたします。  令和　　　年　　 　月　　日  　　　　　〒  被保険者　住　所  　　　　　氏　名  電　話  みづほ健康保険組合　理事長　様 |