

人間ドック利用申込書

記入例

申込年月日	令和**年**月**日
事業所	**事業所

フリガナ	スミトモ タロウ					
利用者名	住友 太郎	保険証No.	記号	1	番号	****
<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	⇒ 利用者が被扶養者の場合、被保険者名 ()					
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	**年**月**日生 (**才)	※40歳未満は、かかった費用の半額負担			
住所	〒140-0002 東京都品川区東品川2-5-8					
TEL	03 - 5462 - 3444					

■希望医療機関名

第1希望	都道府県 (東京都)	病院名 (東京都予防医学協会)
第2希望	都道府県 (東京都)	病院名 (新宿ロイヤルクリニック)
第3希望	都道府県 ()	病院名 ()

■希望日程 ※できれば1ヶ月先以降の日程をご記入ください

第1希望	**月**日 (**)
第2希望	**月**日 (**)
第3希望	**月**日 (**)

■希望追加検査

「有」の場合、希望する追加検査名をご記入ください (医療機関窓口払いの個人負担)

<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	⇒ (胃カメラ) (脳MRI)
	() ()

■前回の受診

<input checked="" type="checkbox"/> 今回初めて	<input type="checkbox"/> 前年度も受診	<input type="checkbox"/> 数年前に受診
---	---------------------------------	---------------------------------

■事業主の法定健診の代わりに受診 (該当する場合のみチェック)

<input type="checkbox"/> 該当する	(該当の場合、健保組合より医療機関へXMLデータを要請します)
-------------------------------	---------------------------------

■備考

予約済み(A方式の場合)

事業所名	**事業所
担当者名	** ** *