

- ・受診日前にご提出ください。
- ・受診日の変更は、会社の担当者または、健保組合までお知らせください。

令和 ××年 4月20日

野村健康保険組合 御中

【契約医療機関】 人間ドック利用申込書

私は野村健康保険組合契約医療機関に人間ドックの予約をしましたので、下部【注意事項】に同意し、人間ドックの利用を申し込みます。

被 保 険 者		1	記号・番号	××× - ×××	
2	氏 名	フリガナ ケンボ ハナ	3	事業所名	(株) (任意継続)
		健 保 花			

受 診 者					
4	氏 名	フリガナ ケンボ ハナ	5	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年 3月 3日
		健 保 花			<input type="checkbox"/> 平成
6	続 柄	本人	7	年 齢	50 (受診日現在)
8	自宅住所 電話番号	〒××× - ×××× 県 市 ×丁目×-××			
		TEL ××× - ××× - ××××			
9	受診年月日	令和 ××年 5月20日	10	婦 人 科	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん
11	医療機関名	健診センター 婦人科を受診の場合 受診項目に✓			

【注意事項】

1. 人間ドック利用申込書は事前にご提出ください。
2. 本人負担額は窓口でお支払いください。
(補助金額を引いた金額が請求されます)
3. 結果表と特定健診のデータは、健診機関から直接健康保険組合が受け取ります。
4. 人間ドックの結果は、受診者の保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・受診勧奨を行うとき、並びに特定の個人が特定されることのない方法で統計・調査研究をするときに限り使用されます。

受 付 印