

人間ドック受診申込書（受診券）

申込日 年 月 日

人間ドックの評価表(健診結果)を受診者の健康維持管理の指導等の参考として使用するため、健保組合及び産業医等の医療従事者に提出することについて承諾のうえ、受診を申し込みます。

| | | | | | | | |
|--------------|---|-------------------------------|--|------------------------------|-----|---|---|
| 受診機関名 | | | | | | | |
| 阪神高速道路健康保険組合 | | 保険者番号 | | 6 | 27 | 312 | 2 |
| 被保険者 | 氏名 | | | | | 被保険者証番号 | — |
| | 会社名 | ・阪神高速道路㈱ ・(一財)阪神高速地域交流センター | | ・(一財)阪神高速先進技術研究所 ・阪神高速技術㈱ | | 被保険者連絡先(TEL) | |
| | 所属部署 | 部 | | 課 | | () | |
| 受診者 | ふりがな | | | 本人・家族 | 男・女 | 生年月日(歳) 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | TEL () | | 特定健診対象者 40歳以上の被扶養者と任意継続の方は下欄に○を記入して下さい | |
| | 受診結果の送付先 | 〒 | | TEL () | | | |
| 人間ドックの種別 | ①一泊ドック ②半日ドック ③脳ドック ④年齢別半日ドック (半日ドックとセット) ※ オプション検査の有無については、記入は必要ありません。 自己負担で、各自ご予約ください。 | | | | | | |
| 予約日時 | 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ (注) 一泊ドックは1日目の日付を記入してください。 | | | | | | |

| | |
|-----------------------------|-------------|
| 受診の決定日 (健保で記入) | 年 月 日 (曜日) |
| 阪神高速道路健康保険組合の受診決定承認印 | |

| | |
|--------|------------------------------------|
| 申込書の流れ | 受診者 → 健康保険組合 → 受診者 → 受診機関 → 健康保険組合 |
|--------|------------------------------------|

※受診者は直接受診機関へ連絡し、予約が取れましたら、申込書を健保組合まで提出して下さい。

提出先 : 阪神高速道路健康保険組合(担当者 本井 tel 06-6203-8888)

住所 〒530-0005 大阪市北区中之島3-2-4

FAX 06-6203-8329