

申込日 令和 年 月 日

## 人間ドック・脳ドック・心臓ドック申込書

下記の中から、受診コースに○をしてください

- ・ 人間ドックのみ
- ・ 人間ドック+ O P 脳ドック
- ・ 人間ドック+ O P 心臓ドック
- ・ 人間ドック+ O P 脳ドック + O P 心臓ドック
- ・ 脳ドックのみ

受診日	令和 年 月 日		
医療機関			
記号・番号	整 国	枝 番	
フリガナ		性 別	組合員との 続柄
受診者		男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)		
組合員住所	〒 -		
組合員氏名			
連絡先	( ) -		

※健診補助の対象者として健診機関へ通知するため、お早めに整容国保へ送付してください。

※受診日を変更又はキャンセルされた場合は、整容国保にもご連絡お願い致します。

※健診の補助は年度内(4月1日から翌年3月31日まで)に1回です。

人間ドックを受診された方は、他の健診を受診することはできません。