|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |

組合使用欄（上記は使用しないでください。）

**人間ドック利用申込書**

№

**医療機関へ直接ご予約のうえ、事業所の健診ご担当者様にこちらの申込書をご提出ください。**

東京文具工業健康保険組合　殿

被保険者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　）

事業所名

所在地

事業主または担当者名

令　和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　診　　者 | 被保険者等  記号－番号 | － | 本人家族  の区分 | 本人・家族 |
| フリガナ |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 | | |
| 受診年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 受診医療機関名 | |  | | |
| 備考欄 | |  | | |
| 受診者負担金 | | 円 | | |

※オプション検査を希望される場合は、受診者負担金にオプション検査代を加算してお支払いください。