

常務理事	事務長		担当

人間ドック利用申込書 (一泊ドック)

(R1.5)

事業所名							
受診者 氏名	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	続柄
受診者住所		(〒)					
		TEL — —					
受診日	自 月 日	受診医療機関名					
	至 月 日						

この人間ドックの結果等（健診データ）を健康保険組合が保有することに同意し、上記のとおり人間ドック（一泊ドック）の利用を申し込みます。

令和 年 月 日

被保険者記号（ — ）

被保険者氏名

受診者氏名



京都新聞健康保険組合理事長 様

(注) 個人負担金25,000円を受診当日健診機関の窓口でお支払ください。