

常務理事	事務長	課長	係長	係

人間ドック申込書

保険証記号	123	保険証番号	456
事業所名	〇〇〇〇 株式会社		
所在地	東京都江東区錦糸 1-2-3		
フリガナ	ケンポ タロウ		性別
氏名	健保 太郎		
生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		年齢
住所	〒 135 - 0001 東京都江東区錦糸 1-2-3		
電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
医療機関名	契約医療機関名	契約医療機関番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	
	契約以外医療機関名	電話番号 ()	
健診日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
補助金請求書送付先	上記事業所 ・ 自宅		
備考			

- ① 40歳以上（年度内40歳到達者含む）の被保険者及び被扶養配偶者が対象です。
- ② この申込書は、健診日を予約した後、組合へ郵送またはFAXでお送りください。
- ③ 契約以外の医療機関で受診される場合は、検査内容と料金がわかるもの（パンフレット等）を添付してください。後日、組合から補助金請求書類を送付いたします。

印刷製本包装機械健康保険組合

〒135-8318
東京都江東区毛利2-6-5
TEL 03-3634-0048
FAX 03-3634-0428

常務理事	事務長	課長	係長	係

人間ドック申込書

保険証記号		保険証番号	
事業所名			
所在地			
フリガナ			性別 男・女
氏名	別紙参照		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	年齢 歳
住所	〒 -		
電話番号	()		
医療機関名	契約医療機関名	契約医療機関番号	
	契約以外医療機関名	電話番号 ()	
健診日	別紙参照		
補助金請求書送付先	上記事業所 ・ 自宅		
備考			

- ① この申込書は、健診日を予約した後、速やかに組合へ郵送またはFAXでお送りください。
- ② 人間ドックは、40歳以上の方（年度内40歳到達者含む）が対象です。
- ③ 契約以外の医療機関で受診される場合は、検査内容と料金がわかるもの（パンフレット等）を添付してください。後日、組合から補助金請求書類を送付いたします。

印刷製本包装機械健康保険組合

TEL 03-3634-0048

FAX 03-3634-0428

保険証記号 _____

事業所名 _____

医療機関名	契約医療機関番号	電話番号
		()

人間ドック 受診者名簿

保険証 番号	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	健 診 日	※受付No.
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	年 月 日	

生活習慣病健診申込書 (配偶者用)

保険証記号		保険証番号	
被保険者氏名			
事業所名			
受診者	フリガナ		
	氏名	続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒 -	
	電話番号	()	
医療機関名	契約医療機関名	契約医療機関番号	
	契約以外医療機関名		
健診日		年 月 日	
備考			

印刷製本包装機械健康保険組合

TEL 03-3634-0048

FAX 03-3634-0428

- ① この申込書は、健診日を予約した後、速やかに組合へ郵送またはFAXでお送りください。
- ② 契約医療機関以外で受診される場合は、後日組合から補助金請求書類を送付いたします。