

# 人間ドック申込書

(一財) 兵庫県学校厚生会理事長 様

申込日 20 年 月 日

下記のとおり申し込みます。

|  |   |                               |                        |
|--|---|-------------------------------|------------------------|
| 受診者名   | フリガナ  | 受診者性別                         | 受診者生年月日                |
|  | (自署)  | 男・女                           | 年 月 日<br>( 歳)          |
| 受診者区分  | 会員本人 ・ 配偶者 ※(4)                                     | 会員名                           | フリガナ                   |
| 会員番号   | A   |                               | ※受診者が配偶者の方の場合のみご記入ください |
| 住所   | 〒 — 電話 ( ) —<br>連絡先 ( ) —<br>(日中に連絡のつく番号をお知らせください。) |                               |                        |
| <b>㊤ 近畿中央病院・兵庫県健康財団 特別料金期間の申し込み(「ふれあい」で募集)</b> |   |                               |                        |
| 医療機関   | ドック種別   | 希望受診日 (都合のいい日を希望順に複数ご記入ください。) |                        |
| 近畿中央病院   | 2泊3日  |                               |                        |
|  | 1泊2日  |                               |                        |
|  | 1日  |                               |                        |
| 兵庫県健康財団<br>(特別料金期間)                            | 1泊2日  | 宿泊先希望 第1【 】 第2【 】 第3【 】       |                        |
|  | 1日  |                               |                        |
| <b>㊤ 上記㊤以外の医療機関・期間を受診 (提出先:各支部事務所)</b>         |   |                               |                        |
| 受診機関名  |   | 受診<br>予約日                     | 年 月 日                  |
| 種別 (選択してください。)                                 |   |                               |                        |
| 短期 (1泊) ・ 1日 ・ 2時間                             |   |                               |                        |

- (1) 市町村・協会健保等、他の補助を受けているドックを受診の際は、補助ができません。
- (2) 補助は、年度内に1回限りです。申込日が前年度であっても人間ドック受診日が4月以降3月までであれば、当該年度の受診とします。
- (3) 補助券とともに本紙複写 (厚生会受付済) を送付しますので、本紙複写は事前に受診機関へ送付ください。  
(上記㊤の場合を除く)
- ※ (4) この場合の配偶者とは配偶者登録をされた方をさします。近畿中央病院・兵庫県健康財団の特別料金期間で受診される場合のみご提出ください
- (5) 「受診者名 (フリガナ)」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。

以上の内容で受付し、人間ドック利用補助券を発券しました。

|                 |       |   |
|-----------------|-------|---|
| <b>※ 厚生会使用欄</b> |       |   |
| 受診決定月日(近中・財団)   | 補助券番号 | ※ |
|                 |       |   |

|              |
|--------------|
| <b>※ 受付印</b> |
|              |