

様式番号	
施	7

人間ドック利用申込書

記号	—	番号	—	事業所名				
事業所所在地	〒 —			TEL()				
フリガナ				性別	生年月日	S・H	年 月 日	続柄
受診者名				男・女				
現住所	〒 —			TEL()				
受診日	令和	年	月	日	医療機関名			

上記のとおり人間ドックの利用を申込みます。

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

注意事項

- (1) 受診日予約後に利用申込書を当組合へ提出してください。
- (2) この利用申込書は必ず所属事業所を経由してください。
- (3) 補助対象者は、資格取得後1年が経過している被保険者、前述の条件を満たした被保険者に扶養されている被扶養者であること。また、当該年度30歳以上であること。