

FAX 03-3442-7366

組合内人間ドック受診申込書 兼 利用通知書

※太枠内をすべてご記入ください。

被保険者等 記号・番号	—			事業所名	
受診者氏名		男 ・ 女	本人 ・ 家族	受診日	令和 年 月 日
緊急連絡先	TEL ()			生年月日	昭和 年 月 日 年度末年齢 歳
検査キット 送付先 (いずれかに ☑してください)	<input type="checkbox"/> 会社 (事務担当者様へ送付)				
	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 —			
組合内人間ドック基本料金	15,000 円			金額	
年度内に 40 歳到達の方の特別料金	10,000 円			円	
	振込予定日	令和 年 月 日			

※利用料は**先払い**となっております。

この受診申込書をFAXまたは郵送後、

受診日の**2週間前までに**下記振込先へ入金手続きをお願いします。

入金確認後、案内・検査キットを発送します。

人間ドック受診当日は、受付印・受領印が押印されたこの用紙を、受付にご提示ください。

振込先: みずほ銀行 六本木支店(053) 普通 2169585
自動車振興会健康保険組合 (ジドウシャケンギカイケンコウケンクミアイ)

(注意) ○この利用通知書の再発行はいたしません。大切に保管してください。

○その他の健診(巡回健診・健康診断補助金・契約医療機関人間ドック補助金・特定健診・女性生活習慣病予防健診 等)と重複して受診はできませんのでご注意ください。

自動車振興会健康保険組合

東京都港区元麻布3丁目4番32号

健康管理センター TEL03-3442-7289

健康管理課 TEL03-3442-7491

(健保受付印)	(健保受領印)