

組合内人間ドック受診申込書

領収番号 \_\_\_\_\_

※太枠内（下欄の受診承認書にも）すべてご記入ください。

被保険者証 記号・番号	—			事業所名	
利用者氏名		男 ・ 女	本人 ・ 家族	受診日	令和 年 月 日
自宅住所				生年月日	昭和 年 月 日
	TEL ( )				年度末年齢 歳
	携帯 ( )				
組合内人間ドック基本受診料金				15,000 円	支 払 金 額
年度内に 40 歳・50 歳・60 歳及び 65 歳以上の方の特別受診料金				10,000 円	円

※この受診申込書をFAX送信又は郵送してから、  
下記のいずれかの入金方法にて受診日の2週間前までに手続きをお願いします。

- ①銀行振込で入金する方法（下記指定銀行に振込み手続きをお願いします。）  
**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（ジドウシンコウカイケンコウケンクミアイ）
- ②郵送で入金する方法（現金書留をお願いします。）
- ③健保会館にて入金する方法（現金をお願いします。）

振込予定日	令和 年 月 日
-------	----------

組合内人間ドック受診承認書（組合提示用）

領収番号 \_\_\_\_\_

※こちらもご記入ください

被保険者証 記号・番号	—			事業所名	
利用者氏名		男 ・ 女	本人 ・ 家族	受診日	令和 年 月 日

※領収印が押印されたこの用紙をドック受診当日、問診票と併せて3階受付に提示してください。  
 ※その他の健診（巡回健診等）と重複して受診はできませんのでご注意ください。

（ご注意） この承認書は組合内人間ドックのみ有効です。

（組合領収印）

キャンセルは利用日の3日前までにご連絡ください。

自動車振興会健康保険組合  
健康管理課  
TEL 03-3442-7491

--