

FAX番号 : 03-3316-0645

一般財団法人 日本健康文化振興会 御中

〒166-0004 杉並区阿佐谷南1-14-1

TEL : 03-3316-1111

(郵送での申請も可)

平成30年度

横河電機健康保険組合「日帰り人間ドック申込案内」申請書

【ご注意】 ※ 「ドック申込案内」到着後、同封の「振込取扱票」にて振込(利用申込)することにより、利用申込が完了となります。詳しくは案内をご確認ください。

※ 申請から7日以上経過しても案内が到着しない場合は、日本健康文化振興会へお問い合わせをお願いいたします。

● 被保険者(本人)用

※ 受診予定の方の情報を枠内全てご記入ください。

保険証		受診者名(フリガナ)				性別(該当に○)		
記号						<input type="checkbox"/>	男性	
番号						<input type="checkbox"/>	女性	
生年月日		昭和	年	月	日	(受診時点満35歳以上対象) 満 歳		
送付先住所 (自宅宛or会社宛に○) ※会社宛希望の場合は必ず会社名・部署名も記入して下さい。								
	自宅宛	〒						
	会社宛	※会社宛ご希望の場合は必ず会社名・部署名もご記入下さい。						
連絡先電話番号 (該当に○)		※日本健康文化振興会よりご連絡させて頂く場合がございます。日中連絡がとりやすい番号をご記入ください。						
		<input type="checkbox"/>	携帯	<input type="checkbox"/>	会社	<input type="checkbox"/>	自宅	①
		<input type="checkbox"/>	携帯	<input type="checkbox"/>	会社	<input type="checkbox"/>	自宅	②
備考欄								

● 被扶養者(家族)用

※ 受診予定の方の情報を枠内全てご記入ください。

保険証		受診者名(フリガナ)				性別(該当に○)		
記号						<input type="checkbox"/>	男性	
番号						<input type="checkbox"/>	女性	
生年月日		昭和	年	月	日	(受診時点満35歳以上対象) 満 歳		
送付先住所 ※被扶養者のみの申請、又は上記送付先と異なる場合はご記入ください。								
〒								
連絡先電話番号 (該当に○)		※日本健康文化振興会よりご連絡させて頂く場合がございます。日中連絡がとりやすい番号をご記入ください。						
		<input type="checkbox"/>	携帯	<input type="checkbox"/>	会社	<input type="checkbox"/>	自宅	①
		<input type="checkbox"/>	携帯	<input type="checkbox"/>	会社	<input type="checkbox"/>	自宅	②
備考欄								