

人間ドック利用申込書

申込日：平成 年 月 日

尼崎機械金属健康保険組合 様

下記のとおり人間ドック等の受診を申し込みます。

記

① 受診希望健診機関等

検査項目等 医療機関	人間ドック		婦人科健診				脳ドック
	日帰り	1泊 2日	婦人科 健診	子宮がん	乳がん (エコー)	乳がん (マンモ)	
みどり健管センター							
関西労健 附属：アクティ健診センター							
関西労健附属：千里LC健診センター							
大隈病院							
ハーティ21							
中馬病院							
加古川総合保健センター							
カワイクリニック							
神戸中央病院							
神戸中央病院附属健康管理センター							
カーム尼崎健診プラザ							
健康保険組合連合会の契約機関等 都道府県名：() 医療機関名：()							

② 受診希望日および受診者情報等

受診希望日 ※お申込みは2週間前 までにお願ひします。	第一希望日 月 日() 午前・午後	第二希望日 月 日() 午前・午後	第三希望日 月 日() 午前・午後
保険証記号番号	本人・家族		
フリガナ	生年月日		性別
受診者名	昭和 年 月 日		男・女
フリガナ			
住所	〒		
事業所名	TEL		
担当者名	備考		

※ ①で受診希望の健診機関名および受診形態（日帰り・1泊2日）に○印を記入して下さい。次に人間ドックと同時受診を希望する検査項目（婦人科健診・脳ドック）に○印をして下さい。

（女性の方は婦人科健診項目にご留意下さい。後で申し出られても予約がお取りできない場合がありますのでご注意下さい。）

※ ②により、受診希望日等、所定項目記載してください。

※ 本申込書は、事業所を経由して郵送またはFAXで提出してください。

人間ドック利用者通知書

平成 年 月 日

(契約健診機関)

様

尼崎機械金属健康保険組合 印

下記のとおり決定しましたので、お知らせいたします。

記

1 受診日及び受診者等

受診日	月 日 ()	時 分
受診者名		
健康保険証記号番号	—	本人・家族

2 受診健診機関等（受診機関、検査項目に○印を付しています。）

検査項目等 医療機関	人間ドック		婦人科健診				脳ドック
	日帰り	1泊 2日	婦人科 健診	子宮がん	乳がん (エコー)	乳がん (マンモ)	
みどり健管センター							
関西労健 附属：アクティ健診センター							
関西労健附属：千里LC健診センター							
大隈病院							
ハーティ21							
中馬病院							
加古川総合保健センター							
カワイクリニック							
神戸中央病院							
神戸中央病院附属健康管理センター							
カーム尼崎健診プラザ							
健康保険組合連合会の契約機関等 都道府県名：() 医療機関名：()							

受診される方は、受診当日、必ずこの通知書を持参のうえ、受付窓口へ提出してください。

なお、受診された方の健診結果表を当組合では「特定健康診査・保健指導」の事業に活用させていただきますのでご理解賜りますようお願いいたします。

また、健診結果を利用することについて疑義のある方は当組合まで、お申出（電話などで）下さるようお願い致します。