

常務理事	事務長	係	会 計

人 間 ド ッ ク 利 用 申 込 書

(FAX可 : 078-330-3077)

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	
被 保 険 者 氏 名	
利 用 者 氏 名 及 び 性 別	男・女
利 用 者 の 生 年 月 日	
利 用 者 区 分	本 人 ・ 家 族
利 用 者 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 ()
人 間 ド ッ ク 受 診 予 定 日	平 成 年 月 日
受 診 施 設 (いづれかに を付けてください)	契約施設A 施設名 () 一部負担金は 一律 ¥5,000-(税込)です。 検査当日、健診機関窓口にてお支払ください。
	契約施設B 施設名 () 契約施設Bでのご受診の方は、全額健診機関にてお支払ください。健診結果到着後に、健診結果のコピー(全てのページ)、人間ドック還付金申請書、領収書のコピーを健康保険組合宛送付してください。

P & Gグループ健康保険組合 殿

平 成 年 月 日

申し込み者名 : _____ 印