

40歳以上

神奈川県電設健康保険組合 殿

人間ドック補助申請書

健診結果（写しでも可）・領収書（写しでも可）・質問票を添付してください

人間ドックを受けた方の情報	保険証の (右つめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日 昭和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	
	フリガナ			性別	加入者区分
	氏名			男性・女性	本人・家族
	住所	(〒 -)			
電話番号	日中ご連絡のつくもの 自宅 携帯		お勤めの会社（本人の場合のみ記入）		
健診機関	人間ドックを受診した健診機関名			人間ドックを受診した日	
				令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

事業所名称

事業主氏名

印