

40歳以上の任意継続

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	記号	番号	生年月日	
	保険証の (右つめ)	9 9 9	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） 任意継続		
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

住 所

氏 名

印