

40歳以上

令和 年 月 日

神奈川県電設健康保険組合 殿

人間ドック申込書

FAXまたは郵送にてお申込みください

《 FAX 045-315-5287 》

人間ドックを受ける方の情報	記号	番号	生年月日	
	保険証の (右づめ)			昭和 年 月 日
	フリガナ			
	氏 名	性別 男性・女性 加入者区分 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)	

※ 任意継続被保険者の方は「お勤めの会社 (本人の場合のみ記入)」の欄に「任意継続」とご記入ください。

契約健診機関	人間ドックを受診する契約健診機関名	予約した人間ドックの受診日
		令和 年 月 日