健　診　申　込　書　（同意書）　（　　年度）

〒□□□－□□□□

下記のとおり　生活習慣病健診　を申し込みます。
日帰りドック

事業所　所　在　地
名　　称
事 業 主 名

年　　月　　日

岐阜県プラスチック事業健康保険組合　殿

担当者氏名（　　）　電話番号（　　）

健康保険証記　　号	※住所の記入は不要です。				
	受診者負担金の支払い方法（どちらかに〇印してください）	受診者窓口支払　・　事業所一括支払		※個人ごとに支払方法が違う場合は、わかるように記載してください。	
被保険者番　　号	フ リ ガ ナ 氏　　名	性別	生年月日	健　診　の　種　類 ・いずれかを〇で囲んで下さい ・希望するオプションがあれば（　）に記入	備　　考 ・希望健診機関名を記入 ・予約日を記入	下記＊に同意する場合はチェック✓する
		男 女	昭 平　．　．	生活習慣病予防　日帰りドック オプション（　　）	健診機関名（　　） 予約日　　年　　月　　日	□
		男 女	昭 平　．　．	生活習慣病予防　日帰りドック オプション（　　）	健診機関名（　　） 予約日　　年　　月　　日	□
		男 女	昭 平　．　．	生活習慣病予防　日帰りドック オプション（　　）	健診機関名（　　） 予約日　　年　　月　　日	□
		男 女	昭 平　．　．	生活習慣病予防　日帰りドック オプション（　　）	健診機関名（　　） 予約日　　年　　月　　日	□
		男 女	昭 平　．　．	生活習慣病予防　日帰りドック オプション（　　）	健診機関名（　　） 予約日　　年　　月　　日	□
		男 女	昭 平　．　．	生活習慣病予防　日帰りドック オプション（　　）	健診機関名（　　） 予約日　　年　　月　　日	□
		男 女	昭 平　．　．	生活習慣病予防　日帰りドック オプション（　　）	健診機関名（　　） 予約日　　年　　月　　日	□

＊健診結果については健康保険組合と事業所との共同実施で行っているため、私の健診結果を事業所に通知することに同意します。