

人 間 ド ッ ク 申 込 書

事業所名 _____

申込区分	被 保 険 者 証		区分	フリガナ 受 診 者 氏 名	年 令	病院(健診センター)名	受 診 日	1日 ・ 1泊	病院 への 予約	利用通知書 の郵送先 (どちらかに○)	組合処理欄	
	記 号	番 号									入力	利用券
1. 新規 2. 変更			本人・家族				令和 年 月 日	1日 ・ 1泊	済 ・ 未	自宅 ・ 事業所		
1. 新規 2. 変更			本人・家族				令和 年 月 日	1日 ・ 1泊	済 ・ 未	自宅 ・ 事業所		
1. 新規 2. 変更			本人・家族				令和 年 月 日	1日 ・ 1泊	済 ・ 未	自宅 ・ 事業所		
1. 新規 2. 変更			本人・家族				令和 年 月 日	1日 ・ 1泊	済 ・ 未	自宅 ・ 事業所		
1. 新規 2. 変更			本人・家族				令和 年 月 日	1日 ・ 1泊	済 ・ 未	自宅 ・ 事業所		

令和7年度

人間ドック健保組合補助額 20,000円

人間ドック総費用－20,000円＝受診者一部負担金

35才以上の被保険者・被扶養者が対象

補助利用は年度内に1名1回限り

1. 予約は直接、契約病院(契約健診センター)へご連絡ください。
2. 予約後 申込書を記入し、健康保険組合までFAXまたは郵送にてお送りください。
3. 利用通知書は、受診日が近くなりましたら送付いたします。
4. 一部負担金及びオプション検査費用は病院(健診センター)の窓口でお支払いください。
5. 健康保険組合に申込済みの「人間ドック申込書」については、個人情報保護の点から、管理に万全を期してください。
6. 富士脳研附属病院での脳ドックを受診される方もこの申込書を提出してください。

静岡県トラック運送健康保険組合

(電話) 054-261-8891

(FAX) 054-264-0423

上記のとおり申込みます。

年 月 日