

人間ドック利用申込書

記号		番号		申込番号	
受診機関名	住友生命総合健診システム				
受診日	令和	年	月	日	曜日
被保険者氏名		所属			
(フリガナ) 利用者氏名	-----			男 ・ 女	
利用者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	歳
(フリガナ) 利用者の 住 所	〒	フリガナ TEL			
被保険者・ 被扶養者の別	被保険者 ・ 被扶養者				
受診予定の オプション検					
令和 年 月 日					
O K K 健康保険組合 御中					

◇健診結果は受診機関より当健保組合にも提供されます。

※健診結果については厳重に保管し、健康管理以外には使用しません。

< ご注意 >

受診機関への予約後、必ず健保組合にご提出ください。

人間ドック利用券

※健保組合印なきものは無効です。

記号		番号		利用番号	
受診機関名	住友生命総合健診システム				
受診日	令和	年	月	日	曜日
被保険者氏名		所属			
(フリガナ) 利用者氏名	-----			男 ・ 女	
利用者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	歳
利用者の 住 所	〒	フリガナ TEL			
被保険者・ 被扶養者の別	被保険者 ・ 被扶養者				
組 合 名	O K K 健康保険組合 印				
所 在 地	〒 664-0831 TEL 072 (771) 0803 伊丹市北伊丹 8 - 1 0				
令和 年 月 日					
住友生命総合健診システム 御中 TEL 06 (6379) 3334					

◇当日この利用券を受付へ提出して下さい。

◇受診のご案内と検査キットは受診機関より自宅へ送付されます。

< 住友生命総合健診システムご担当者様 >

結果書は健保組合用として健診機関から直接、健保組合へ送付してください。

XML データ (要 ・ 不要)

領収書 (2枚・1枚【被保険者】・1枚【被扶養者】)