人間ドック利用申込書

記号		番号		申込番号	
受診機関名	**一般財団法人 大阪府結核予防会**				
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	〒　　TEL フリガナ				
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

ＯＫＫ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	**一般財団法人 大阪府結核予防会**				
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	〒　　TEL				
被保険者・ 被扶養者の別	被保険者　・　被扶養者				
組　合　名	ＯＫＫ健康保険組合　　印				
所　在　地	〒664-0831　　TEL 072（771）0803 伊丹市北伊丹８－１０				

令和　　年　　月　　日

一般財団法人 大阪府結核予防会　御中

TEL　０６（６２０２）６６６７

◇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。

＜大阪府結核予防会ご担当者様＞

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。

特定健診　（　該　当　・　不該当　）