

成人病検診等利用申込書

保険証 記号番号			被保険者 氏名				
所属 事業所名			所属 部所				
種別	1 一般検診	2 特別検診	検診費 用見込		円		
	3 精密検診	4 健康調査					
受診者 氏名			性別	年齢	続柄		
検診機関 又は医師 名称氏名							
所在地	〒 _____ Tel _____						
検診予定 年月日	_____年 _____月 _____日						

上記のとおり申込みます。

_____年 _____月 _____日

イマジカ健康保険組合 理事長 殿

事業主 確認 印	
----------------	--

常務理事	事務長	担当者

受 付

- 注
- この申込書は、被保険者又は家族が任意に検診を受けようとする場合に提出するものです。
 - 種別欄の区分は、実施要領に定める区分によりますので、事務担当者に確かめて下さい。
 - 後日組合から「医療機関への依頼書」をお手元に送付しますから必ず検診機関へご持参下さい。