

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

様式
8

この受診申込書は直接医療機関へ提出してください。二ピイへ提出の必要はありません。

契約医療機関 人間ドック受診申込書

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター

フリガナ				フリガナ		
事業所名				住 所		
事業所番号	電話番号	FAX番号	事業主氏名		担当者氏名	
	-	-				
該当する番号に○をつけてください。						
医療機関名	1.新潟県労働衛生医学協会 2.新潟県健康管理協会 3.新潟県保健衛生センター 4.健康医学予防協会 5.木戸病院健診センター 6.新潟医療センター 7.新潟白根総合病院 8.新津医療センター病院 9.済生会新潟第二病院 10.新潟臨港病院 11.西蒲中央病院					
コース名	1.協会けんぽ一般健診+サービスセンターコース 2.日帰り人間ドック					

会員受診用		*コース1を受ける場合記入↓			
受診年月日	フリガナ	フリガナ	性別	生年月日	健康保険証記号番号
会員番号	氏 名	自 宅 住 所			
年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					

配偶者受診用 (配偶者料金を適用) ※二ピイ補助はご利用になれません		会員番号	-	会員氏名	
受診年月日	フリガナ	フリガナ	性別	生年月日	健康保険証記号番号
	配偶者氏名	自 宅 住 所			
年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	