

**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**

**直接医療機関へ提出してください。ニ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

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.新潟白根総合病院 7.新津医療センター病院 8.済生会新潟病院 9.新潟臨港病院 10.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 (会員本人のみ、ニピイ補助適用)**

\*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			
令和 年 月 日		〒	男	昭 . .	
-			女	平 ( 歳)	
令和 年 月 日		〒	男	昭 . .	
-			女	平 ( 歳)	
令和 年 月 日		〒	男	昭 . .	
-			女	平 ( 歳)	
令和 年 月 日		〒	男	昭 . .	
-			女	平 ( 歳)	
令和 年 月 日		〒	男	昭 . .	
-			女	平 ( 歳)	
令和 年 月 日		〒	男	昭 . .	
-			女	平 ( 歳)	

**配偶者受診用 (配偶者料金を適用)**  
 ※ニ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
	配偶者氏名	自 宅 住 所	
令和 年 月 日		〒	男
			女
			昭 . .
			平 ( 歳)