

受診日の10日前までには、必ず健康保険組合へ提出をお願いします

人間ドック受診申込書

承認No.

記入日 年 月 日

受診医療機関名（北陸銀行健康保険組合契約機関に限る）

御中

○ 受診結果を健康保険組合へ通知されることに同意し、人間ドックを申込みます。

受診日	年 月 日（曜日）			
コース (該当するものに○)	節目日帰り（自己負担なし）	当日 窓口 支払	節目該当者：年度内に	
	節目一泊二日（自己負担 30,000 円）		【35. 40. 45. 50. 55. 59 歳】達する者	
	一般日帰り（自己負担 4,000 円）		一般：上記以外	
	一般一泊二日（自己負担 30,000 円）		※本人（被保険者）、配偶者（被扶養者）とも同様	
受診者	フリガナ	性別	続柄	
	氏名		1. 男	1. 本人
	生年月日		2. 女	2. 配偶者（被扶養者）
	住所		〒	
被保険者	被保険者		被保険者所属部店（勤務先）	
	氏名		電話番号・内線	
	健康保険被保険者 記号・番号	保険者番号		
	記号	番号	06160170	

太枠内にもれなく記入、捺印してください。

上記の者、人間ドックを受診させますから宜しくお願いいたします。

健康保険組合受付日

北陸銀行健康保険組合

〒930-0085 富山県富山市丸の内 1-8-10
TEL (076)431-8300

検印

取扱者印

申込書の流れ：受診者《記入》→ 健保《受付》→ (被保険者経由)受診者
→ 受診当日、医療機関受付へ提出 **必須**

【個人情報取扱いについて】当組合は、個人情報保護法に基づき、取得した健診結果等の個人情報を適切に管理し、被保険者及び被扶養者の健康の保持・増進のための事業に活用します。当健保プライバシーポリシーは健保ホームページをご参照ください。