

一泊・半日人間ドック利用申込書

検診機関名		令和 年 月分
-------	--	------------

事業所記号								
番号	受診者氏名	本人・家族	生年月日			予約日		
1		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
2		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
3		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
4		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
5		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
6		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
7		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
8		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
9		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
10		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
11		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
12		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
13		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
14		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
15		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
16		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
17		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
18		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
19		本・家	昭・平	年	月	日	月	日
20		本・家	昭・平	年	月	日	月	日

令和 年 月 日

事業所
所在地
名称
事業主名

愛知県トラック事業健康保険組合 殿

【上記検診の利用申込について】

人間ドックには補助対象年齢が定まっております、申請する際には必ずご確認をお願いいたします。

- ①受診をする際は直接健診機関へ予約をしてください。
予約が取れましたら、この利用申込書を当組合あてに送付してください。
- ②次の場合は、補助の対象外となります。
 - ・胃または腹部超音波検査のどちらも実施していない場合
 - ・がん検診・脳ドック・無呼吸症候群検査
 - ・巡回健診（女性のみ）を受診済みの場合
- ③指定検診機関につきましては、健診機関一覧をトラックファミリーまたはホームページにも掲載しているので、ご参照ください。
- ④提出いただいた個人情報、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規程に基づいて管理します。また補助金の内容等については各種健康診査等実施規定に基づき実施します。

ご不明な点がございましたら医療施設課までお問い合わせ下さい。 【TEL 052-882-9686】