

① 家族ドック申込書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

下記のとおり家族ドックの申込みをします。

記入日	年 月 日
-----	-------

フリガナ			(被保険者・受診者 / 自宅・携帯・勤務先)
受診者氏名		日中の連絡先	- -
生年月日	昭和 平成	年 月 日 ※ (満 歳)	

※令和8(2026)年3月末時点の満年齢をご記入ください。

注) 受診日までに資格喪失された場合は、受診できなくなりますのでご注意ください。

〔被保険者について〕

健康保険証記号-番号	会 社 名	部 署 名
-		
被保険者氏名		

〔受診施設・オプションについて〕

受診施設コード (①～③⑥を記入)		施設名		
受診コース	家族ドック (負担金 5,000円)			
脳オプション (○を記入)	① 負担金 15,000円	②又は③ 負担金 8,000円		
予約された 受診予定日	月 日 曜日	予約受付 担当者名		

※ 各施設の指定コース以外のオプション検査を受けられる場合は、すべて自己負担になりますので受診の際に自己負担と合わせて各施設の窓口で直接お支払いください。

施設への電話予約が終わりましたら、すぐにこの申込用紙に必要事項を記入し、健康保険組合へ直接、郵送またはFAXいただきますようお願いいたします。
《FAX：078-272-2146》

〔個人情報の取扱いについてのお知らせ〕

申込書にご記入いただいた、氏名等の個人情報は、施設への受診申込確認以外の目的には使用いたしません。
また、申込書は、個人情報が外部に洩れないように厳重に保管いたします。

★受付印

事務長	健保担当者

事業所担当者