

2019 年 6 月 1 日

大同生命健康保険組合 御中

1	被保険者証	記号 1	番号 1 2 3 4 5
2	所 属	会 社 名	大同生命保険株式会社
		本 社 ・ 支 社	〇〇支社
		部 ・ 課 名	
3	被 保 険 者	氏 名	大 同 一 郎
4	受 診 者	氏 名	大 同 花 子 (被保険者との続柄： 妻)
		生 年 月 日	S・H・R 4 9 年 1 月 1 日 (満 4 5 歳)

医療機関を予約済みの方 (5・6・9 記入)

5	予 約 日	翌年 1 月 末 までの日にちを記載 (西暦) 2 0 1 9 年 9 月 1 日
6	医 療 機 関 名	大同病院 (大阪 西 市 区)

医療機関を予約前の方 (7・8・9 記入)

7	受診希望地	都・道・府・県
8	リスト送付先	勤務先 ・ 社内メール ・ 自宅
9	受診券送付先	勤務先 ・ 自宅
<p>8・9 で自宅を選択した場合、送付宛先を記入</p> <p>住所 : 〒 5 5 0 - 0 0 0 2 大阪市西区江戸堀 1 - 2 - 3</p> <p>氏名 : 大 同 一 郎</p> <p>電話 : 0 6 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8</p>		

※ (一財)京都工場保健会による健診を受診される場合は、集合契約 B <国保特定健診> は利用いただけません。

※医療機関を予約済みの方には「受診券」を発行します。

※医療機関を予約前の方には受診希望地の「医療機関リスト」を送付しますので、医療機関に予約完了後、健康保険組合へ「予約日」と「予約した医療機関名」をご連絡ください。その後「受診券」を発行します。

(連絡先：大同生命健康保険組合 TEL:06-6447-6241)

※受診券は本申請書受付後、原則、一週間以内にお届けします。

注意事項をお確かめのうえ
申請ください。

<健保組合処理欄>

受付日付印

常務理事	事務長	担当