

神鋼商事健康保険組合 行き
(FAX 番号06-6206-7249)

常務理事	事務長	経 理	担当者

半日ドック利用申込書

被保険者等 記号・番号		事業所名	
被 保 険 者 氏 名		利用者の 生年月日	年 月 日生
利 用 者 氏 名		男・女	男 ・ 女
受診案内等送付先	〒 _____ Tel _____		
利用する検診機関名	神鋼病院 ・ ベルクリニック ・ 銀座医院 ・ 愛知健康増進財団 その他 ()		
希望年月日	第1希望	年 月 日	第2希望 年 月 日
・ 乳癌健診 (①又は②に ○をして下さい ・ 婦人科健診を受診する時 は③に○をして下さい	① マンモグラフィ	② 乳房エコー	③ 子宮がん検診
胃 健 診	胃カメラは大変混んでいます。胃カメラをご希望 される方は、胃カメラを希望に○をして早急に・ 胃カメラ希望 (経口 ・ 経鼻) 健診申込みをお願いします。		
私は本申込書の提出をもって、この健診結果を健診機関から神鋼商事健康保険組合に通知することに同意いたします。			

※胃カメラおよび乳癌健診については、健診機関によって選択できない場合があります。

※半日ドックをお申込み下さった方は、健診日までにかならず「利用負担金」(¥10,000)をお送り下さい。(被保険者様から社内便を利用して健保にご送付、または下記口座にお振込みを下さいますようお願い致します。)

みずほ銀行(0001) 大阪中央支店(502) 普通預金 口座番号2786433 口座名 神鋼商事健康保険組合(シンコウショウジケンコウホケンクミアイ)

健保組合使用欄

予約健診日	年 月 日 受付時間
予約担当者	
利用負担金受取日	年 月 日 受領印

健康保険組合受付印

