

協会けんぽの補助をご利用の場合  
保険者番号・記号・番号を記入してください

# 記入例

支払方法について  
いずれか1つに  
✓を記入してください

FAX 0853-63-5118  
※太線枠内をご記入ください

## 2026年度 人間ドック 受診申込書

申込日 2026年 2月 15日

保険者番号	事業所名	株式会社 ○○		個人負担金 支払方法	□すべて個人（窓口）支払 ✓ドック料金39,600円 または補助適用後の 14,600円を事業所へ請求 □すべて事業所へ請求	
1320019	担当者名	出雲	TEL 0853-00-0000 FAX 0853-00-0000			
記号	事業所住所	※健診案内・結果表・請求書はすべて事業所住所へ送付いたします			ジョイメイトチケット	あり・なし
		出雲市○○町○○番地			事業所用結果の送付	必要・不要

※協会けんぽの助成を受けての人間ドックをお申込みの場合は保険者番号、記号、番号の記入が必要です

番号	受診者氏名	性別	生年月日	胃部	希望月	備考 (オプション・旧姓・同日の人数)	受診決定日
123	ふりがな いずも はなこ	男	48・4・8	カメラ・透視・無し	10	出雲市の住民乳がん検診	
	出雲 花子	女	H				
124	ふりがな いずも ○○	男	10・9・8	カメラ・透視・無し	11	旧姓 島根	
	出雲 ○○	女	H				
125	ふりがな いずも ○○	男	3・2・1	カメラ・透視・無し	12		
	出雲 ○○	女	H				

記入もれの無いように  
お願いします

必ず  
いずれかを選び  
○をしてください

オプション検査の追加や  
旧姓、希望月等の要望が  
あれば、記入してください