年 月 日

ＤＭＧ森精機健康保険組合　御中

**日帰り人間ドック申込書**

下記の通り、日帰り人間ドックの受診を希望致します。

貴組合の健康推進活動に役立てる為、健診結果を通知する事について同意致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険証記号番号 |  |
| 被保険者名 |  　　　　 |
| 受診者名 |  |
| 受診者生年月日 | 　 　年　　　 月 　　日 | 年齢　 歳（受診時） |
| 受診者住所 |  |
| 受診予定日 | 年　　　　　月　　　　　日頃 |

**◆希望医療機関◆**

（該当欄に○をお付け下さい）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 【指定医療機関】西奈良中央病院 |
|  | 【指定医療機関】奈良市総合医療検査センター（メディカルなら） |
|  | 【指定医療機関】岡波総合病院 |
|  | 【指定医療機関】毎日成人病研究会　毎日ドクター |
|  | 【指定医療機関】ひまわりクリニック |
|  | 【指定医療機関】ＪＡ健康管理センターあつぎ |
|  | 【指定医療機関】横浜東口クリニック |
|  | 【指定医療機関】新赤坂クリニック（横浜） |
|  | 【指定医療機関】新赤坂クリニック（青山） |
|  | 【指定医療機関】新赤坂クリニック（銀座） |
|  |  |
|  | 【指定機関以外】　医療機関名： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組 合使用欄 |  |  |  |