

※必ず医療機関へご予約後に申込書をご提出ください。(5営業日前までに共済必着)



コピーしてご利用ください。

人間ドック利用申込書

西暦 年 月 日

受診医療機関		コース名	
受診年月日	西暦 年 月 日 ()		
企業名	企業番号		会員番号
	0		
ふりがな	どちらかに○をつけてください		
受診者氏名	本人 ・ 配偶者		
ふりがな	連絡先		
受診者が配偶者の場合は会員氏名	自宅・勤務先 ☎ () -		
生年月日・性別	西暦 年 月 日生 (満 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
承認書送付先	<input type="checkbox"/> 企業 ※記入不要		
	<input type="checkbox"/> 自宅 〒 -		

受診対象者/会員及びその配偶者で受診日において満30歳以上の方

1. 受診する医療機関へハッピーパックの会員である旨を告げて予約してください。
ご予約後「人間ドック利用申込書」をハッピーパック事務局へご提出ください。
※利用後の承認はできませんので、必ず受診前にお申込みください。
2. 受診時には必ず承認書(2枚)を医療機関へご提出ください。
ご提出がない場合、会員料金でのご利用ができませんのでご注意ください。
3. 受診日・コース名を変更・キャンセルされた場合は共済までご連絡ください。

神戸市勤労者福祉共済
(ハッピーパック)

〒650-0033
神戸市中央区江戸町104番地 江戸町104 6階
TEL 078-381-5681 FAX 078-381-5682