

コピーしてご利用ください。

## 人間ドック利用申込書

平成 年 月 日

受診医療機関			コース名		
受診年月日	平成 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	昭和 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バ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」をハッピーバ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、必ず受診前にお申し込みください。
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  
(ハッピーバック)

〒651-0096 神戸市中央区雲井通5丁目3番1号

TEL (078) 231-8189

FAX (078) 231-8316