人間ドック利用申込書

保険証の 記号・番号	記号	番号
会社・所属連絡先		
連絡先TEL		
被保険者名		

被保険者の健診結果については事業主に送付します。

●利用者 (本人のみ・夫婦・配偶者のみ)

フリガナ	性別	生年月日	年齢
利用者氏名	男 女 昭和	(	才)
フリガナ	性別	生年月日	年齢
利用者氏名	男 女 昭和	(	才)
現住所 (〒 -)	TEL		

☆ご自身で医療機関に予約後、本書を下の申込先に郵送、FAX、またはメールでお送り下さい。

医療機関名:
(直接契約 ・ 健保連契約 ・ 契約なし)

受診日:
(日帰り ・ 1泊)

通信欄

※オプション検査は個人負担です。病院の窓口でお支払いください。

《健保利用欄》

申込み受付日	利用日	(日帰り ・ 1泊)
入力日	医療機関名	
書類送付日	料金	
結果査収日	支払日	
	還付金額	

申込先:コムシスシェアードサービス(株)
ライフサポートグループ

〒141-8647 東京都品川区東五反田2丁目17-1
TEL:03-5843-0943 FAX:03-3443-1545
MAIL:kenkou.css@comsys.co.jp

H28.11.01版