

常務理事	事務長	係

令和6年度 短期人間ドック(指定医療機関以外)利用届

記号・番号	—	被保険者 ・ 被扶養者(配偶者)
フリガナ		資格取得日
被保険者名		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
受診者が配偶者の場合は認定日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
フリガナ		性別 男 ・ 女
受診者名		生年月日 昭和 年 月 日 (歳)

希望する利用種別・利用希望地をご記入ください。

人間ドック利用種別	利用希望地	備考
1泊 ・ 日帰り	県内 ・ 県外	

ドック検査結果を健康保険組合が健康管理事業の資料として活用することを承諾し、ドック利用について、届出いたします。

受診者氏名(自署のこと) _____

令和 年 月 日

事業所名

事業主名

群馬県農業団体健康保険組合 理事長 林 康夫 様

- (注) 1. この利用届出書は、必ず事業主を経由し令和5年11月30日までに健保組合に提出して下さい。
2. 検査項目・健診料金については、医療機関にお問い合わせ下さい。

※ ご記入いただきました個人情報、ドック利用目的以外への転用はいたしません。