

ご希望のコースに  
○印を付けてください →

A コース  
B コース  
C コース

# 人間ドック申込書

西日本プラスチック工業健康保険組合 御中

事業所名	記号			番号			
フリカ`ナ							
受診者氏名							
生年月日	昭和	年	月	日	年齢	才	男・女
連絡先	〒 TEL ( ) -						
予約日	年 月 日 ( ) 時 分						
受診機関名							
オプション							
備考							
コース、費用について	<ul style="list-style-type: none"><li>・Aコース(3時間)・・・窓口負担 3,000 円+健診費用にかかる消費税で受診できます。</li><li>・B コース(日帰り)・・・指定機関で受診された場合でも当日窓口で実費をお支払いください。後日当組合に費用の補助を申請してください。(健診総費用の消費税相当額を除く上限 20,000 円まで補助)</li><li>・Cコース(1泊2日)・指定機関で受診された場合でも当日窓口で実費をお支払いください。後日当組合に費用の補助を申請してください。(健診総費用の消費税相当額を除く上限 20,000 円まで補助)</li></ul>						

西日本プラスチック工業健康保険組合 担当:健診担当  
TEL:06-6263-0605 FAX:06-6263-0606