

**注** 注意① コピーしてお使いください  
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

様式  
**8**

**直接医療機関へ提出してください。コピーへ提出の必要はありません。**

# 契約医療機関 人間ドック受診申込書

フリガナ				フリガナ			
事業所名				住 所			
事業所番号		電話番号	FAX番号	事業主氏名		担当者氏名	
		-	-				
<b>該当する番号に○をつけてください。</b>							
医療機関名	1.新潟県労働衛生医学協会		2.新潟県健康管理協会		3.新潟県保健衛生センター		
	4.新潟県けんこう財団		5.済生会新潟病院		6.新潟南病院		7.木戸病院健診センター
	8.新潟白根総合病院		9.新津医療センター病院		10.新潟臨港病院		11.西蒲中央病院
申込区分	1.協会けんぽの被保険者で35歳~74歳の方 2.国民健康保険加入者や 1.に該当しない方						

## 会員受診用 (会員本人のみ、コピー補助適用)

受診年月日	フリガナ	性別	生年月日	マイナ保険証記号番号 (済生会新潟病院で受診する場合のみ)
会員番号	氏 名			
令和 年 月 日 -		男・女	昭 . . 平 ( 歳)	
令和 年 月 日 -		男・女	昭 . . 平 ( 歳)	
令和 年 月 日 -		男・女	昭 . . 平 ( 歳)	
令和 年 月 日 -		男・女	昭 . . 平 ( 歳)	
令和 年 月 日 -		男・女	昭 . . 平 ( 歳)	
令和 年 月 日 -		男・女	昭 . . 平 ( 歳)	

## 被扶養配偶者受診用 (配偶者料金を適用) ※コピー補助はご利用になれません

受診年月日	フリガナ	性別	生年月日	マイナ保険証記号番号 (済生会新潟病院で受診する場合のみ)
	配偶者氏名			
令和 年 月 日		男・女	昭 . . 平 ( 歳)	