

※受診日等は、事前に受診希望先へご確認をお願いします。申込み締切りは、1月20日です。

(国保組合 FAX : 06-6772-3450)

整理番号											
受診券番号											

## 令和4年度 人間ドック受診申込書

※ 組合補助について(甲種本人：4万円、その他の被保険者：2万円)

受診者	被保険者証 記号番号	歯国 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (枝番) <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> 甲種本人 <input type="checkbox"/> 甲種家族 <input type="checkbox"/> 乙種本人 <input type="checkbox"/> 乙種家族 <input type="checkbox"/> 未加入 (後期高齢含む。組合補助の対象外となります。)	
	氏名	フリガナ	男 ・ 女
	問診票・結果 送付先	SH 年 月 日生 (満 歳)	
勤務先	支部	歯科	
受診希望日 予約 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	第 1 希望日	第 2 希望日	
	月 日 曜日	月 日 曜日	
受診希望先 (希望する場所に✓印を記入してください。)		受診希望先での受診記録	
みどり健康センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
南大阪総合健診センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
淀川キリスト教病院 健康管理増進センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
関西医科大学天満橋総合クリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
結核予防会 大阪総合健診センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
結核予防会 堺複十字診療所	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
結核予防会 大阪複十字病院	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
大阪府医師会 保健医療センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
森本記念クリニック 健診センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
多根クリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
ベルクリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
富田林病院 健診センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
帝国ホテルクリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
医療法人 入野 医院	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
アムスニューオータニクリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
日本生命病院 ニッセイ予防医学センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
聖授会 OCAT 予防医療センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
大阪警察病院 附属人間ドッククリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
一翠会 千里中央健診センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
松原徳洲会病院	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
医誠会病院 人間ドック SOPHIA	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
市立 柏原 病院	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
大阪医科薬科大学 健康科学クリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
中之島クリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
心斎橋クリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
府中クリニック	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
大阪公立大学医学部附属病院 先端予防医療部 附属クリニック MedCity 21	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
星ヶ丘医療センター	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
松下記念病院	<input type="checkbox"/> R4	<input type="checkbox"/> R3	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1
【令和4年10月開院予定】兵庫医科大学 梅田健康医学クリニック	<input type="checkbox"/> R4	※令和4年9月以前は受診出来ません。	

送付先は問診票等をお送りする際に必要です。アパート・マンション・ビル名や号棟・階数、部屋番号等正確にご記入ください。