No.

日帰りドック・脳検診利用申請書

希望利用種類	□ 日帰りドック　□ 脳検診		
希望利用健診機関			
組合員証	記号	番号	組合員との続柄
			□ 本人　□ 被扶養配偶者
利用者氏名	フリガナ 男 女		生年月日 昭和　年　月　日
現住所			
電話番号	（　　）		

※上記のとおり利用したいので申請します。

平成　　年　　月　　日

所属部課署

組合員氏名　　㊞

利用申請資格

日帰りドック	組合員	30歳以上（当該年度中に該当年齢に到達する者）
	被扶養配偶者	40歳以上（当該年度中に該当年齢に到達する者）
脳検診	組合員・被扶養配偶者	40歳以上（当該年度中に該当年齢に到達する者）