別紙 7

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			
組合員等	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 平成　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。

令和　　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）

※短期組合員も同様の取扱いとなります。また、後期高齢適用者及び任意継続組合員は対象外です。