

年 月 日

東邦ガス健康保険組合 御中

ブラザー記念病院健診申込書（被扶養者、任意継続被保険者のみ）

被保険者等の 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名	
所属課所		内線or直通	

受診者氏名	フリガナ		
性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒		
日中連絡が とれる連絡先	（ ）		自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先

受診希望健診コース		自己負担額
	家族健診(婦人科検診あり)	4,000円
	家族健診(婦人科検診なし)	4,000円
	人間ドック(婦人科検診あり)	9,000円
	人間ドック(婦人科検診なし)	7,000円

※婦人科検診を受診しない場合でも、自己負担額は減額されません。

受診希望日		
第一希望	月	日（ ）
第二希望	月	日（ ）
第三希望	月	日（ ）

※受診希望日は二週間以上先の日づけにして、第三希望までご記入ください。

※受診時間の指定はご遠慮ください。

※健診を受診される日までに東邦ガス健保の加入員でなくなった場合は受診できません。

備考	
----	--