

人間ドック利用補助申込書

令和 年 月 日

手続きの方法

※受診される前に補助券を発行しますので、通常は受診日から2週間前までに事務局にこの申込書を提出してください。発行された補助券を料金支払時に医療機関にお渡しください。券面の額が割引されます。

※受診後の補助申込はできません。

※下記①～⑤の項目にご記入のうえ、(A)か(B)の方法で事務局へご送付ください。(事務局窓口でも手続可)

(A)FAX06-6488-9600 (B)〒660-0881尼崎市昭和通2-6-68ハートプル事務局

※補助券の利用方法・利用範囲等ご不明な点は事務局へお問合わせいただくか、利用ガイド・ハートプルホームページ等でご確認ください。(事務局TEL06-6482-5591)

①事業所名		TEL							
②会員氏名									
③利用医療機関	下記の一覧から利用する医療機関のコード番号(4ケタ数字)と受診機関名をご記入ください。								
		<table border="0"> <tr> <td>0001 関西ろうさい病院健康診断センター</td> <td>0013 大隈病院</td> </tr> <tr> <td>0004 尼崎中央病院</td> <td>0015 市民健康開発センター ハーティ21</td> </tr> <tr> <td>0005 尼崎新都心病院(旧:昭和病院)</td> <td>0017 辻クリニック</td> </tr> <tr> <td>0008 合志病院</td> <td>0019 カーム尼崎健診プラザ</td> </tr> </table>	0001 関西ろうさい病院健康診断センター	0013 大隈病院	0004 尼崎中央病院	0015 市民健康開発センター ハーティ21	0005 尼崎新都心病院(旧:昭和病院)	0017 辻クリニック	0008 合志病院
0001 関西ろうさい病院健康診断センター	0013 大隈病院								
0004 尼崎中央病院	0015 市民健康開発センター ハーティ21								
0005 尼崎新都心病院(旧:昭和病院)	0017 辻クリニック								
0008 合志病院	0019 カーム尼崎健診プラザ								
④利用年月日	令和 年 月 日								
⑤補助券送付先	送付先がお勤め先以外の場合(ご自宅など)にご記入ください								
	住所 〒	電話 () -							

※以下は記入しないでください。

決 裁	令和 年 月 日
	会員の利用補助券を発行します。
	補助額 _____ 円

補助券発行日 令和 年 月 日

発行No.

決 裁	令和 年 月 日
	変更を確認し発行します。
	変更理由()
	補助額 _____ 円

補助券発行日 令和 年 月 日

発行No.

【個人情報の取扱いについて】ご提出いただく書類の個人情報は、ハートプルが実施する事業に使用いたします。