

定期健康診断/生活習慣病予防健診 申込書

| | |
|-----------|--------|
| フリガナ | |
| 事業所名 | |
| 住所（ビル名まで） | 〒 |
| 連絡先 | 電話 FAX |
| 健康保険組合名 | |
| フリガナ | |
| ご担当者名 | 様 |

1. 左記事業所様情報の空欄箇所についてご記入ください。

2. 受診予定の方のお名前・性別・生年月日・保険証情報（記号-番号、区分）
・健診希望日・検査会場・健診内容をご記入ください。

3. 健診希望日は、「日程一覧」よりお選びください。

4. **ご記入が済みましたら、当センター宛FAXでお送りください。**
日程を確認後、ご連絡させていただきます。
尚、ご連絡を差し上げるまでにお時間をいただく場合がございます。
予め、ご容赦のほどお願いいたします。

| お名前 | | 生年月日 | 保険証情報 | | 健診希望日 | | | 健診内容 | 備考 |
|-----|-------|----------------------|-------|---|-------|---|-------|----------------|----|
| 性別 | 男性・女性 | S ・ H 年 月 日 | 保険者番号 | 1 | 月 | 日 | 午前・午後 | 本館 ・ 南分室 | |
| | | | 記号 | 2 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 番号 | 3 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 区分 | 4 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| 性別 | 男性・女性 | S ・ H 年 月 日 | 保険者番号 | 1 | 月 | 日 | 午前・午後 | 本館 ・ 南分室 | |
| | | | 記号 | 2 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 番号 | 3 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 区分 | 4 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| 性別 | 男性・女性 | S ・ H 年 月 日 | 保険者番号 | 1 | 月 | 日 | 午前・午後 | 本館 ・ 南分室 | |
| | | | 記号 | 2 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 番号 | 3 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 区分 | 4 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| 性別 | 男性・女性 | S ・ H 年 月 日 | 保険者番号 | 1 | 月 | 日 | 午前・午後 | 本館 ・ 南分室 | |
| | | | 記号 | 2 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 番号 | 3 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 区分 | 4 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| 性別 | 男性・女性 | S ・ H 年 月 日 | 保険者番号 | 1 | 月 | 日 | 午前・午後 | 本館 ・ 南分室 | |
| | | | 記号 | 2 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 番号 | 3 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 区分 | 4 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| 性別 | 男性・女性 | S ・ H 年 月 日 | 保険者番号 | 1 | 月 | 日 | 午前・午後 | 本館 ・ 南分室 | |
| | | | 記号 | 2 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 番号 | 3 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |
| | | | 区分 | 4 | 月 | 日 | 午前・午後 | | |