

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

# 健 診 申 込 書

一泊人間ドック・日帰り人間ドック・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診・健康診断

予約された健診種目に○をしてください。

所在地  
事業所名  
電話番号

※健保組合補助は、各種健診合せて年度（4月1日から翌年3月31日まで）1回です。

被保険者証 記号・番号	本家 別	ふりがな 利用者氏名	性別	生年月日	利用月日	自 宅 住 所	利用病院	
							都道府県名	名 称
	本家	-----	男 女	昭・平 年 月 日	月 日	〒 Tel ( )	都 道 府 県	
	本家	-----	男 女	昭・平 年 月 日	月 日	〒 Tel ( )	都 道 府 県	
	本家	-----	男 女	昭・平 年 月 日	月 日	〒 Tel ( )	都 道 府 県	
	本家	-----	男 女	昭・平 年 月 日	月 日	〒 Tel ( )	都 道 府 県	
	本家	-----	男 女	昭・平 年 月 日	月 日	〒 Tel ( )	都 道 府 県	

☆契約健診機関に予約後本申込書を10日前までに健保組合に提出してください。FAXでも受付けています。

☆健保組合より「利用通知書」を発行いたします。健診日前までに未着の場合は健保組合にお問い合わせください。 TEL 03-3861-1852 FAX 03-3862-9700

