

# 健康診断申込書

年 月 日

保険者番号										事業所名	健康保険 組合名
保険証記号											
事業所住所	〒									TEL	
										FAX	
										担当者名	

案内状送付先  自宅  事業所（本人宛・担当者宛）

結果送付先  自宅  事業所（本人宛・担当者宛）

支払い  窓口 領収書（本人宛・事業所宛）  事業所請求 ◆ 申込日から2週間先の日程でお願いします ◆

保険証番号	氏名		性別	生年月日	健診コース	胃の種類・オプション等	健診予約日時		
							第1希望	第2希望	第3希望
	フリガナ		男・女						
	フリガナ		男・女						
	フリガナ		男・女						
	フリガナ		男・女						
	フリガナ		男・女						
	フリガナ		男・女						
	フリガナ		男・女						

◆ 男性日 月・水・金曜日  
 ◆ 女性日 火・木曜日の午前  
 婦人科ご希望の場合  
 ・午前 → 健診  
 ・午後 → 婦人科

自宅住所	〒
日中連絡TEL	