

集団健康診断申込書

申込日：令和 年 月 日

事業所名		ご担当者名	
ご住所		TEL	
E-mail		FAX	
健康保険記号			

【受診者情報】

オプション検査をご希望の方は○印をご記入ください

フリガナ	性別	男	女	保険証番号	
氏名		年	月	日	検査コース
					続柄（本人・扶養・任意継続）
フリガナ	性別	男	女	保険証番号	
氏名		年	月	日	検査コース
					続柄（本人・扶養・任意継続）
フリガナ	性別	男	女	保険証番号	
氏名		年	月	日	検査コース
					続柄（本人・扶養・任意継続）
フリガナ	性別	男	女	保険証番号	
氏名		年	月	日	検査コース
					続柄（本人・扶養・任意継続）
フリガナ	性別	男	女	保険証番号	
氏名		年	月	日	検査コース
					続柄（本人・扶養・任意継続）

検査コースは下記の中から選択して**数字**を記入してください。

- ①定期健康診断 ②協会けんぽ生活習慣病予防健診 ③東振協健診※1
 ④特殊健康診断※2 ⑤その他※3

※1 ③東振協健診をご希望の場合は備考欄に健康保険組合名をご記入ください。

※2 ④特殊健康診断をご希望の場合は備考欄にご希望の特殊健診名をご記入ください。

※3 ⑤その他をご希望の場合は、担当者からご連絡を差し上げ、検査内容を確認させていただきます。

備考
