

健康診断申込書

全国健康保険協会 被保険者(ご本人用)

(事業所所在地) 〒
(事業所名称) 様

調査表送付先:(支店・営業所)
※事業所所在地と送付先が異なる場合のみ記入ください。

(事業所所在地) 〒	-
支店名 (営業所名)	

担当者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

担当者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

(支払方法)
 当日窓口払い 後日会社請求

保険者番号		健康保険証の記号		健診機関名			健診予定日	予約時間	備考
				八王子健康管理センター					
健康保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診(生活)	子宮がん検診(単独)	付加健診(40・50歳)	年 月 日	時 分	

<記入上の注意>

(注)今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

<申込方法>

受診日をご予約の後、必要事項をご記入いただきFAXにてお申し込みください。

FAX 042-648-8652

医療法人社団 国立あおやぎ会 **八王子健康管理センター**