

健康診断申込書

健康保険組合名

事業所名	
所在地 〒	
担当者名	TEL 事業所(保険証)記号

請求方法 【 — 】 ※数字とアルファベットをお書きください。
 例 ①-B (健診会社請求-婦人科健保補助対象の為会社請求)

健診費用:①窓口支払い ②会社請求
 オプション検査:A. 窓口 B. 健保補助対象のみ会社請求 C. 健保補助対象ではないオプションも会社請求

請求先住所 〒

※上記以外のご住所の場合のみご記入ください。

備考

	保険証番号	フリガナ 氏名	生年月日	性別	希望日	時間	健診コース	備考
1			昭和 平成 . .	男・女				
2			昭和 平成 . .	男・女				
3			昭和 平成 . .	男・女				
4			昭和 平成 . .	男・女				
5			昭和 平成 . .	男・女				
6			昭和 平成 . .	男・女				
7			昭和 平成 . .	男・女				
8			昭和 平成 . .	男・女				
9			昭和 平成 . .	男・女				
10			昭和 平成 . .	男・女				
11			昭和 平成 . .	男・女				
12			昭和 平成 . .	男・女				
13			昭和 平成 . .	男・女				
14			昭和 平成 . .	男・女				
15			昭和 平成 . .	男・女				

※ 事前に問診表・検査容器をご送付しますので、検診希望日は2~3週間後にしてくださいようお願い申し上げます。

※ この用紙は指定ではないので、独自のものがあればそちらで結構です。

※ オプション検査をご希望の方は、項目とお支払い方法(自己負担または会社負担)について備考にご記入ください。