

契約医療機関 一般健康診断申込書 <40歳未満対象>

年 月 日

事業所記号	
事業所所在地	
事業所名称	
連絡先電話番号	()
健診担当者氏名	

契約医療機関名		契約形式		☐ 組合直接契約						
				☐ 東振協契約コード番号						
※コード番号・契約形式は契約医療機関一覧表をご確認下さい。(組合直接契約にはコード番号はありません)										
巡回検診車を		☐ 希望しない ☐ 希望する		巡回検診希望実施場所				受診月		月
受診日	個人番号	ふりがな 氏名	性別	生年月日		受診日	個人番号	ふりがな 氏名	性別	生年月日
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
日			男女	昭平	. .	日			男女	昭平 . .
備考										

●ご記入いただいた氏名などの個人情報、当組合の保健事業目的以外では使用いたしません。
上記のとおり契約医療機関に予約をいたしましたので、送付いたします。

機缶健康保険組合 総務課宛