

契約外

一般健康診断申込書 <40歳未満対象>

〇〇年〇〇月〇〇日

事業所記号

〇〇〇〇

事業所所在地

東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇ビル〇階

事業所名称

株式会社 〇〇

連絡先電話番号

03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

健診担当者氏名

〇〇 〇〇

医療機関名		〇〇病院			所在地		東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇		
電話番号		03-〇〇〇〇-〇〇〇〇			一人当たりの受診料金		〇〇, 〇〇〇円	受診月	〇月
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
〇日	〇〇	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	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
日			男 女	昭 平	日			男 女	昭 平

●ご記入いただいた氏名などの個人情報、当組合の保健事業以外の目的では使用いたしません。
●申請書類で不備があった場合は補助が受けられないことがありますので、別紙の注意事項をよくお読みください。

上記のとおり契約外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