

契約医療機関 生活習慣病予防健診申込書 <30歳以上対象>

契約医療機関名				契約形式		<input type="checkbox"/> 組合直接契約 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 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	. .
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、当組合の保健事業以外の目的では使用いたしません。

- 一部負担金(2000円)の支払方法は
- 医療機関から事業所へ請求(複数名の場合のみ)
 - 受診者が医療機関の窓口にてお支払い
(希望する方どちらかに✓を入れて下さい。)

年 月 日

事業所記号	
事業所所在地 又は 自宅住所	
事業所名称 又は 受診者名	
連絡先電話番号	()
健診担当者氏名	

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