

契約外

生活習慣病予防健診申込書 <30歳以上対象>

受診日	個人番号	ふりがな		性別	生年月日		受診日	個人番号	ふりがな		性別	生年月日	
		氏名			昭	平			氏名			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	・ ・
医療機関名	○○病院					所在地	東京都○○区○○町○-○-○						
電話番号	03-○○○○-○○○○					一人当たりの受診料金	○○,○○○円	受診月	○月				

●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と、本年度に40歳以上の方で特定健診項目を含んでいない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。

○○年 ○○月 ○○日

事業所記号

○○○○

事業所所在地
又は自宅住所

東京都○○区○○町○-○-○ビル○階

事業所名称
又は受診者名

株式会社 ○○

連絡先電話番号

03 (○○○○) ○○○○

健診担当者氏名

○○ ○○

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