## 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				個人	ふりがな	性		4.5.0.0		
		氏名	別		生年月	H	受診日	番号	氏名	別	:	<b>主年月日</b>	
OE	00	00 00	男	昭田	0.0	0.0	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			田			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		〇〇病院					所名	所在地東京都○○区		00町0-0-0			
電話番号		03-0000-0000					一人当 受診	たりの 料金	OO, OOOM	受	診月	(	O月

●ご記入いただいた氏名などの個人情報は、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。

OC	)年	$\circ$	)月	$\circ$	)日

事 業 所 記 号

0000

事業所所在地 又は自宅住所

東京都〇〇区〇〇町〇一〇一〇ビル〇階

事業所名称 又は受診者名

株式会社 〇〇

連絡先電話番号

03 ( 0000 ) 0000

健診担当者氏名

00 00

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