

# 平成 30 年度 事業主健診(定期健診) 申込書

住所	〒 ー		
フリガナ		電話	
事業所名		FAX	
担当者名 ( )			
健診料金の支払い	<input type="checkbox"/> 月締め会社への請求 <input type="checkbox"/> 受診日窓口払い ※会社内で統一をお願いいたします。		

健康保険証の 保険者番号	健康保険証の 記号	※ 保険者番号、記号及び本人番号の記入をお願いします ※ ご本人確認の為、フリガナ・性別・生年月日も確実に ご記入願います。

受診希望月日	健康保険証 番号	フリガナ		性別	生年月日	定期 健診	胃 がん	大腸 がん	乳 がん	子宮 がん	備 考
		氏	名								
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										
/	AM				昭 ・ 平	・	・				
	PM										

連絡事項	
------	--

- \* 受診を希望する健診種別に○印をつけてください。
- \* がん健診希望は、午前の日程を選んでください。
- \* 乳がん・子宮がん検診はできない日がありますのでご注意ください。
- \* 「人間ドック希望」、その他は備考欄にご記入ください。

申込 ・ 問合せ	ゆきぐに大和病院 健友館 南魚沼市浦佐 4115 番地 TEL 025-777-4477 FAX 025-777-2989
----------------	--

## 平成 30 年度 事業主健診(定期健診) 申込書 【記載例】

住所	〒949-7302 新潟県南魚沼市浦佐 12345-67		
フリガナ	ケコウカイツ	電話	025-780-9999
事業所名	<b>健康開発(株)</b>	FAX	025-780-9876
	担当者名 ( 八色 原子 )		
健診料金の支払い	<input checked="" type="checkbox"/> 月締め会社への請求 <input type="checkbox"/> 受診日窓口払い                    ※会社内で統一をお願いいたします。		

健康保険証の 保険者番号	健康保険証の 記号	※ 保険者番号、記号及び本人番号の記入をお願いします ※ ご本人確認の為、フリガナ・性別・生年月日も確実に ご記入願います。								
01150010	40123456									
受診希望月日	健康保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	定期 健診	胃 がん	大腸 がん	乳 がん	子宮 がん	備 考
4 / 11 AM PM	1	エグニ ヤト 雪国 大和	男	昭 平 59・4・2	A	○	○			
4 / 11 AM PM	2	エグニ ミナ 雪国 南	女	昭 平 59・5・2	A			○	○	
4 / 12 AM PM	3	ヤロ ハコ 八色 原子	女	昭 平 45・8・9	A					
4 / 17 AM PM	4	ナギヨ スマイ 南魚 沼市	男	昭 平 35・7・5	A					
/	AM PM			昭 平 .						
/	AM PM			昭 平 .						
/	AM PM			昭 平 .						
/	AM PM			昭 平 .						
/	AM PM			昭 平 .						
/	AM PM			昭 平 .						

連絡事項	
------	--

- \* 受診を希望する健診種別に○印をつけてください。
- \* がん検診希望は、午前の日程を選んでください。
- \* 乳がん・子宮がん検診はできない日がありますのでご注意ください。
- \* 「人間ドック希望」、その他は備考欄にご記入ください。

申込 ・ 問合せ	<b>ゆきぐに大和病院 健友館</b> 南魚沼市浦佐 4115 番地 TEL 025-777-4477 FAX 025-777-2989
----------------	---