

被保険者(ご本人用)

# 健診申込書

西暦 年 月 日

(事業所所在地) 〒 -

(事業所名称)

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は記入してください。

所在地 〒 -

支店名 (営業所名) \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号

受付番号 (記入不要)	健康保険証 の番号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	健診を受ける日	健 診 機 関 名 (健診機関コード)	備 考
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	
					令和 年 月 日	くまもと成城病院 4 3 1 0 1 1 8 5 2 8	

※「健診を受ける日」は、あらかじめ受診を希望する健診機関に連絡して受診日を予約してから記入していただく欄です。

巡回検診車の 希望の有無	有 ・ 無
-----------------	-------

