

健康診断申込書《生活習慣病予防健診・定期健康診断》

《申込方法》 受診日を予約後、必要事項を記入し、FAXにてお申込下さい。

▼書類送付先住所 ※健康診断に係る書類は原則、登録事業所住所へ送付致します。

事業所名					様	通信欄	
所在地	〒	-	ご担当者				様
	電話番号	-	FAX番号	-	-		
所属健保			健保	保険証記号			

▼受診票・結果・請求書等、上記住所と異なる住所への書類送付を希望する場合は通信欄にその旨を記載し、下記へ必要事項を記入して下さい。

送付先住所	〒	-	ご担当者			様	通信欄
電話番号	-	-					

▼ 太枠内をご記入下さい。

保険証	フリガナ	性別	生年月日	健康診断項目 いずれかに○をつけて下さい		受診予約日	備考（オプション検査等の希望があれば記入して下さい）
				生活習慣病	定期		
個人番号	続						
本・配・家 本・配・家 本・配・家 本・配・家 本・配・家 本・配・家 本・配・家 本・配・家 本・配・家 本・配・家		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	
		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	
		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	
		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	
		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	
		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	
		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	
		男・女	昭和・平成			月 日	
			年 月 日			午前・午後	

<申し込み先>

一般財団法人 日本健康管理協会
伊勢崎健診プラザ

TEL 0270-26-7700
FAX 0270-26-7705