

健康診断申込書《生活習慣病予防健診・若年者健康診断》

《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	(一財) 日本健康管理協会 伊勢崎健診プラザ 様				通信欄
所在地	〒 372 - 0822	ご担当者	日健協 太郎 様		
	群馬県伊勢崎市中町655-1				
電話番号	0270-26-7700	FAX番号	0270-26-7705		
所属健保	〇〇	健保	保険証記号	100	

▼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		通信欄
電話番号	- -		様	

▼ 太枠内をご記入下さい。

保険証 個人番号	フリガナ お名前	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	若年者		
1	ニッケンキョウ イチロウ	男	昭和・平成	○		4月1日	
	日健協 一郎	女	50年4月2日			午前・午後	
2	ケンコウ ハナコ	男	昭和・平成	○		4月14日	子宮頸がん、乳腺エコー
	健康 花子	女	2年7月7日			午前・午後	
		男	昭和・平成			月 日	
		女	年 月 日			午前・午後	
		男	昭和・平成			月 日	
		女	年 月 日			午前・午後	
		男	昭和・平成			月 日	
		女	年 月 日			午前・午後	
		男	昭和・平成			月 日	
		女	年 月 日			午前・午後	
		男	昭和・平成			月 日	
		女	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