

特定保健指導における血液検査等検査 申込書

全国健康保険協会群馬支部 御中

以下のとおり、「特定保健指導における血液検査等検査」を申し込みます。

申込者氏名 _____ ⑩

1	保険証記号番号	記号	番号
2	お勤め先名称		
3	氏名		
4	性別	男	女
5	生年月日	昭和	年 月 日 (才)
6	ご住所	〒 _____	
7	電話番号	_____	
8	検査結果通知等の送付先 ①	<input type="checkbox"/> ご自宅(6に記載いただいたご住所にお送りします) <input type="checkbox"/> その他	
9	検査結果通知等の送付先 ②	※8で「その他」を選択した場合には、こちらに送付先住所をご記入ください。	
10	ご予約の検査実施機関名		
11	ご予約の日時	令和	年 月 日

※必ず検査を受けるご本人が記入してください。
※この申込書に記入いただいた内容は、当該検査に係る事務手続き及びご利用いただいている特定保健指導においてのみ使用いたします。