

集団健診のご案内

お申し込み方法等は、同封の冊子をご覧ください。

(※ご希望の会場・日程ごとに申し込み方法が異なります。)

FAX申込の場合は以下を記入をして
健診機関に直接ご送信ください

受診者氏名(カナ)(性別) 生年月日	
保険者番号(8桁)-記号-番号	(被扶養者番号)
住所 ↓赤枠内を黒ボールペンでご記入ください。	
電話番号 ※	Tel: ()
連絡がとれる時間帯 ※ (○で囲んでください)	午前 ・ 午後 ・ いつでも可 ・ 文書での連絡も可
ご希望の会場名 ※	会場名:
ご希望の健診日 ※	健診日: 令和 年 月 日
ご希望の健診機関名 ※	健診機関名:

冊子をご確認ください

※赤のコメ印の箇所は必ずご記入ください。

記号-番号	記号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住所	〒 -

保険証をご確認ください

情報が異なる場合はご記入ください