

全国健康保険協会大阪支部長 様

平成30年度

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診新規受託申請書

健 診 機 関 名 称	
所 在 地	〒
電 話 番 号	
F A X 番 号	
開 設 者 名	
開 設 年 月 日	
代 表 者 名	
事務担当者氏名 (複数名記入可)	
保険医療機関指定年月日	
医 療 機 関 コ ー ド	
健 診 機 関 コ ー ド	

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診実施機関として健診業務を受託したく、関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

健診機関名  
所在地  
代表者名

印