

健康診断申込書(個人用)

希望受診年月日 ※申込日より1か月以降の 日程で記入お願い致します	第一	年	月	日 ()	:
	第二	年	月	日 ()	:
	第三	年	月	日 ()	:
健康保険組合名	保険者番号				
保険証記号・番号	記号	番号			☐ 本人 ☐ 家族
会社名(団体名)	店舗名				
フリガナ					
氏名	様				☐ 男 ☐ 女
生年月日	西暦	年	月	日	
お電話番号/FAX番号	TEL:	FAX:			
受診票・検査キットの送付 ☐ 必要 ☐ 必要なし 必要な場合は資料送付先を 右に記入お願い致します。	☐ 自宅 ☐ 会社 (☐ 本社 ☐ 店舗 ☐ 事業所) 〒				
オプション					
備考					
支払い	☐ 本人窓口支払い ☐ オプションのみ 本人支払い ☐ 会社請求				
請求先 ※資料送付先と同じであれば同上	〒 宛名: TEL:				
結果送付先 (会社) ※資料送付先と同じであれば同上	結果は基本2通(会社控え・本人控え)を会社へ郵送致します 〒 宛名: TEL:				
受診コース					

注意事項
胃部健診希望の方は月～木の午前中のみ受付となります。
胃部健診がない方は月～金の午後の受付となります。
土曜日ご希望の方はお電話にてご相談ください。

健診日確定

月 日 () 時 分

受付日	受付者	台帳	団体番号
			-

変更履歴	受付者	変更受付日	ヘルゼア	台帳修正	内容
		/			
		/			
		/			