

東振協健康診断申込書(個人用)

本人記入欄

希望受診年月日 ※申込日より1か月以降の 日程で記入お願いいたします	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			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
会社名	店舗名・事業所:				
フリガナ					
氏名	様			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦	年	月	日	
電話番号/FAX番号	電話番号:		FAX番号:		
問診票・検査キット等の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 (<input type="checkbox"/> 本社 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 事業所)				
	〒				
オプション					
備考					
支払い方法	<input type="checkbox"/> 本人窓口支払い ※5000円以下は必ず窓口支払い <input type="checkbox"/> オプションのみ本人支払い <input type="checkbox"/> 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)	結果は2通まとめて(会社控え・本人控え)を会社へ郵送致します				
※資料送付先と同じであれば同上	宛名:		TEL:		
受診コース※必ずご確認ください	例:A1、B、D等				

注意事項
 胃部健診希望の方は月～土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・土の午前中受付となります
 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

		/			
		/			
		/			