

常務理事	事務長	室長	部長	課長	扱者

計機健康保険組合 行

診 療 所 健 診 受 検 申 込 書

下記のとおり申し込みます。

事業所記号	
事業所名称	担当者名
書類送付先 〒 -	連絡先 TEL ()

医療機関名	計機健康保険組合診療所	医療機関所在地	東京都千代田区麴町1-8-5
-------	-------------	---------	----------------

	被保険者番号	フリガナ氏名	区分	性別	生年月日(年齢)	受検年月日	健診種目
1			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
2			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
3			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
4			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
5			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
6			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
7			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
8			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
9			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	
10			本・家	男・女	昭和 年 月 日() 平成	平成 年 月 日	

【健診種目】

① 人間ドック	② 婦人健診	③ 生活習慣病健診	④ 健康診断	⑤ 採用時健康診断
⑥ 乳がん検診	⑦ 子宮がん検診	⑧ インフルエンザ	⑨	⑩

【注意事項】

- 健診予約がとれましたら、同一月・同一送付先ごとにとりまとめ、必要事項を記入のうえ当組合「管理課」へ、受検日の2週間前までに郵便または、FAXでご提出ください。
当組合で申込書の確認ができましたら、「診療所健診受検確認書」及び「受検案内書」等を送付いたします。
- 健診料金は、後日事業所へ納付書を送付いたしますので、内容を確認後ご入金ください。
なお、任意継続・被扶養者・員外者の方につきましては、受検当日のお支払いとなります。
- 健診種目欄には上記より、受検される健診種目を選択し、番号を記入してください。
その他の健診につきましては、⑨及び⑩の欄へ健診種目をご記入ください。
- 申込書提出後、受検の取消しや変更をされる場合はすみやかに「管理課」へご連絡ください。
- この申込書は個人情報保護法を遵守し適正に取り扱います。

管理課 TEL 03 (3264) 4333 / FAX 03 (3264) 4429