

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|----|
| 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