

地域巡回健康診断 受診申込用紙

2024年度版

宛先：（一財）近畿健康管理センター 滋賀事業部 申込日：西暦 年 月 日
TEL：050-3535-6009 FAX：077-551-0650

【お申込者】

団体名

電話番号

所在地 〒

担当者名

						保険者番号	健康保険証の記号
会場コード	受診者氏名	性別	生年月日		受診項目	希望受付時間	健康保険証の番号
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		

下記をご確認・ご記入のうえ、FAXもしくはご郵送にてご返送をお願いいたします。

- * 会場コード①～⑩・必要事項・受診項目に○印をご記入ください。
- * 受付時間は15分間隔で5名ずつ設定しています。ご希望の時間をご記入ください。※完全予約制の為、ご希望時間変更をお願いする場合があります。
- * 申込み人数・受診項目により、ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。
- * ご記入いただいた個人情報は、健康診断の実施に際し必要な範囲に限定して利用させていただきます。詳細は弊センターホームページの個人情報保護方針をご確認ください。
- * ご記入方法にご不明な点がございましたらお問い合わせください。

地域巡回健康診断 受診申込用紙

宛先：(一財)近畿健康管理センター 滋賀事業部 申込日：西暦 年 月 日
TEL：050-3535-6009 FAX：077-551-0650

【お申込者】 団体名 株式会社 ABC 電話番号 1234-56-7890
所在地 〒123-4567 ○○市○○町1-2-3 担当者名 近畿 太郎

					保険者番号	健康保険証の記号	
					01250018	1234567	
会場コード	受診者氏名	性別	生年月日		受診項目	希望受付時間	健康保険証の番号
①	フリガナ キンキ タロウ	男・女	西暦	1981年 1月 1日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()	30	1
	近畿 太郎						
②	フリガナ キンキ ハナコ	男・女	西暦	1960年 1月 2日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()	15	2
	近畿 花子						
③	フリガナ キンキ イチロウ	男・女	西暦	1991年 1月 3日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()	00	
	近畿 一郎						
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		
	フリガナ	男・女	西暦	年			
	フリガナ	男・女	西暦	年			
	フリガナ	男・女	西暦	年 月 日	協会けんぽ一般健診・定期健診(全項目) その他()		

健康保険組合の補助を利用して健診を受診される場合は、
保険者番号・健康保険証記号・健康保険証番号を記載ください。

下記をご確認・ご記入のうえ、FAXもしくはご郵送にてご返送をお願いいたします。

- * 会場コード①～⑩・必要事項・受診項目に○印をご記入ください。
- * 受付時間は15分間隔で5名ずつ設定しています。ご希望の時間をご記入ください。※完全予約制の為、ご希望時間変更をお願いする場合があります。
- * 申込み人数・受診項目により、ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。
- * ご記入いただいた個人情報は、健康診断の実施に際し必要な範囲に限定して利用させていただきます。詳細は弊センターホームページの個人情報保護方針をご確認ください。
- * ご記入方法にご不明な点がございましたらお問い合わせください。