

# 健康診断申込書

記入しましたら、FAXにてお申込み下さい

会社名			ご担当部署名	
			ご担当者名	
住所	〒			お電話
				FAX
加入健康保険組合	健康保険組合名称 [ ]		保険証記号 [ ]	
書類送付先	※問診票・結果票等の書類送付先が上記住所と異なる場合のみ、以下へご記入ください。 〒 - ご担当者名 ( ) 電話番号 ( )			
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み			

※ 11名以上の場合はコピーしてお使い下さい

No.	フリガナ		性別	生年月日	希望コース	健診受診日		備考	
	氏名					第1希望日	第2希望日		
1			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
2			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
3			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
4			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
5			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
6			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
7			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
8			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
9			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	
10			男女	昭平	・	・	月 日	月 日	

申込書は健診センター〈FAX：025-244-5948〉へ送信してください



〒950-8584 新潟市中央区八千代2丁目2番8号

TEL 025-244-4700

FAX 025-244-5948

※ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。