

健康診断申込書

事業所名称： _____ ご担当者： _____ TEL： _____
 事業所住所： 〒 _____ FAX： _____

保険者名： _____ 健康保険組合 保険者番号： _____ 保険証記号： _____

【確認事項】

問診票送付先	①事業所(住所を記載してください) ②自宅(予約名簿に記載)	①か②を記載↓	備考
〒			

東振協からの結果送付先	①事業所(住所を記載してください) ②自宅(予約名簿に記載)	①か②を記載↓	備考
〒			

※D1コースの結果は東振協からの指定により、全てご自宅への発送となります。

お支払い方法	①請求書発行(発送先の住所を記載してください) ②当日受診者よりお支払い	①か②を記載↓	備考(オプションは本人払い等)
〒			

【予約名簿】

保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	希望コース(A・B・D1)	追加オプション	第1希望日	第2希望日	受診者住所(発送先が個人の場合) ※郵便番号も合わせてご記入ください	備考
1									〒	
2									〒	
3									〒	
4									〒	
5									〒	