常務理事	部　長	課　長	係　員

総合健診（半日ドック）申込書

保険証の記号･番号	記号	51	番号	9
事　業　所　名	○　○　株式会社			
フ　リ　ガ　ナ	ケンポ　タロウ			
受　診　者　名	健保　太郎		印	㊙・女
生　年　月　日	T・㊀　40 年　4 月　1 日			
現　住　所	〒　540-0005 大阪市中央区安堂寺町×番×号 自宅TEL　06-6765-△△△△			

印刷後、必ず捺印をお願いします。

どちらかに丸をつけてください。

"T"（大正）か"S"（昭和）のどちらかに丸をつけてください。

○ 受診予約病院　□　□　病院

○ 受診予約年月日　平成　17 年　4 月　1 日　（ 金 ）

※ 利用料金（受診者負担金）は、健診機関により異なります。
　申し込みの際、お尋ね下さい。
※ 満35歳以上の被保険者及び被扶養者に限ります。

○ この申込書に係る個人情報は、総合健診申込以外に使用することはありません。