

# 健診申込書

(ご家族限定)

- 受診希望の7営業日前まで申込み可能ですが、先着順につきご希望にそえない場合もございますのでご了承ください。

[必要事項] もれなく記入ください

|                    |       |                                   |
|--------------------|-------|-----------------------------------|
| 健康保険の記号・番号         | 記号    | 番号                                |
| フリガナ               |       |                                   |
| 氏名                 |       |                                   |
| 住所                 | 〒     | -                                 |
| 生年月日               | 昭和・平成 | 年 月 日                             |
| 電話番号<br>(日中に連絡取れる) |       | (自宅・携帯)<br>※日程・時間帯調整の連絡をする場合があります |

- 実施期間：令和7年4月7日(月)～令和7年12月22日(月)
- 健診日：月・水・木曜日(祝日除く)

|       |   |   |    |
|-------|---|---|----|
| 第一希望日 | 月 | 日 | 曜日 |
| 第二希望日 | 月 | 日 | 曜日 |
| 第三希望日 | 月 | 日 | 曜日 |

〒542-0061 大阪府中央区安堂寺町2-4-14 文健会館4階  
関西文紙情報産業健康保険組合 保健事業課

FAX番号 06-6765-9216

この申込書をFAXまたは郵送してください