

契約健診機関 定期健診 申込書

(関西文紙情報産業健康保険組合 加入事業所用)

事業所名		事業所記号	
所在地	〒		
担当		TEL	

健診機関名

に予約し、_____名を申込みます。

○この申込書は、必ず健保組合へ郵送またはFAXしてください。

○キャンセル・変更などの場合は、必ず前日までに健康保険組合および健診機関へご連絡ください。

健康保険組合 TEL 06-6765-9212 FAX 06-6765-9216

健康保険 の番号	フリガナ 氏 名	性 別	本人 家族	生 年 月 日	受診予約年月日	備 考
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	
		男・女	本・家	S・H . .	R . .	

※健診結果事業所控(労働安全衛生法)の依頼については、直接健診機関へお問い合わせください。

※この申込書に係る個人情報、当該申込以外に使用することはありません。