

# 健康診断申込書

記入日 年 月 日

事業所名	
本・支店	

所在地	〒(      —      )		
電話番号		担当者	
F A X		氏名	

健康保険組合名	
---------	--

記号	
----	--

	健康保険証の番号	フリガナ	フリガナ	性別	区分	生年月日	年齢	希望コース	受診希望日	備考(オプション)
		氏	名							
1				男女	本人				月 日	
					配偶者被扶養者					
2				男女	本人				月 日	
					配偶者被扶養者					
3				男女	本人				月 日	
					配偶者被扶養者					
4				男女	本人				月 日	
					配偶者被扶養者					
5				男女	本人				月 日	
					配偶者被扶養者					

※該当するものを○で囲んで下さい

①事業所結果控えについて ..... 必要 ・ 不要

②上記①が必要な場合の項目について ..... 法定内項目 ・ 全項目報告(受診者の方の同意が必要です)

全項目報告が必要な事業所さまは次ページの申請書を記入、押印の上ご郵送下さい。

③健診料金のお支払いについて..... 請求(全額 ・ 一部のみ) ・ 全額窓口入金 ・ その他 (

④請求書発行の場合の送付先・宛名名称について..... 送付先: \_\_\_\_\_ 宛名: \_\_\_\_\_

(送付先は、事業所所在地と同一であれば記載不要です)

\* 受診希望日は予約状況によりお受け出来ない場合がございます。

\*詳しくは「施設企画課」までお問い合わせ下さい。



**熊本県総合保健センター**  
**施設企画課 (096)365-2323 F A X (096)365-2616**