健 康 診 断 申 込 書

事業所名	
本・支店	

所 在 地	〒（　　－　　）		
電話番号		担当者 氏 名	
F A X			

健康保険組合名	

記号	

	健康保険証の番号	フリガナ 氏	フリガナ 名	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）
1				男 女	本人 配偶者 被扶養者				月　日	
2				男 女	本人 配偶者 被扶養者				月　日	
3				男 女	本人 配偶者 被扶養者				月　日	
4				男 女	本人 配偶者 被扶養者				月　日	
5				男 女	本人 配偶者 被扶養者				月　日	
6				男 女	本人 配偶者 被扶養者				月　日	

＊ご確認をお願いします。

※該当するものを〇で囲んで下さい

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 ・・・・・・・・・・・・・・・・ **全項目報告（受診者の方の同意が必要です） ・ 法定内項目**

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。

＊詳しくは予約センターまでお問い合わせ下さい。

熊本県総合保健センター
健診予約係　(096)365-2323　F A X (096)365-2616