

(公財)岩手県対がん協会 いわて健康管理センター 行
【FAX:019-635-8895】

定期健診申込書 (個人用)

労働安全衛生法の規定に基づく検査項目(定期健診)を
下記のとおり申込(委託)します。

ご自宅住所 〒

TEL

健康保険組合等名

健康保険証の 記号	健康保険証の 番号	ふりがな 氏 名	生年月日	性 別	本人・家族	健診希望年月	オプション検査 記入欄	備考
			S ・ H (歳)	男・女	本人・家族	年 月		
			S ・ H (歳)	男・女	本人・家族	年 月		
			S ・ H (歳)	男・女	本人・家族	年 月		
			S ・ H (歳)	男・女	本人・家族	年 月		
			S ・ H (歳)	男・女	本人・家族	年 月		

上記のとおり申し込みます。(直接窓口・郵送でも可)

申込年月日 平成 年 月 日

- ◆ 健診料金は、7,875円(税込)となります。
- ◆ 健診日は、申込順に決めさせていただきます。必ずしも希望の月に予約されるとは限りませんので、ご了承ください。