別紙　1-1

年度健康診断申込書

※「法人申込み」または「個人申込み」のどちらかに☑をつけて下さい。

☐ 法人申込み　（資料送付先の事業所住所と事業所名を入れてください）

☐ 個人申込み　（資料送付先の自宅住所を入れてください。名称は基本不要ですが、お勤めの方は念の為、事業所名を入れてください）

住所・名称	所在地	〒
	名　称	
	電話番号	
加入健康保険組合	保険者番号	
	名　称	

＜返送先＞

公益財団法人　岩手県対がん協会

健診事務センター　宛

〒028-3609　岩手県紫波郡矢巾町医大通2丁目1番6号

TEL　019-618-0151

FAX　019-618-0153

URL：https://www.i-taigan.jp

医療機関記入欄	フリガナ / 氏名	保険証記号 / 保険証番号	本人・家族	性別	生年月日	ご希望の施設に○をしてください	希望する健診	希望するオプション検査	希望月日	備考
					年　月　日	すこや館（矢巾） けん館（西仙北）				
					年　月　日	すこや館（矢巾） けん館（西仙北）				
					年　月　日	すこや館（矢巾） けん館（西仙北）				
					年　月　日	すこや館（矢巾） けん館（西仙北）				
					年　月　日	すこや館（矢巾） けん館（西仙北）				
					年　月　日	すこや館（矢巾） けん館（西仙北）				