別紙　1-1

年度健康診断申込書

1

事前送付物、健診結果の送付先を記入してください。

住所・名称	所在地	〒
	名　称 （法人申込のみ）	
	電話番号	
加入健康保険組合	保険者番号	
	名　称	

2

※「窓口支払」または「会社請求書支払」のどちらかに☑をつけてください。

☐ 窓口支払　☐ 会社請求書支払

請求書送付先が左記と異なる場合は記入してください。

所在地	〒
宛　名	
電話番号	

※請求書は月末締め翌月10日前後にお送りいたします。

＜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	ご希望の施設に〇をしてください	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）				