

年度健康診断申込書

※「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。

<返送先>

1 事前送付物、健診結果の送付先を記入してください。

2 ☐ 窓口支払 ☐ 会社請求書支払

公益財団法人 岩手県対がん協会
健診事務センター

FAX : 019-618-0153

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

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	

〒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
URL: <https://www.i-taigan.jp>

※請求書は月末締め翌月10日前後にお送りいたします。

医療機関 記入欄	フリガナ	保険証記号	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
	氏 名	保険証番号								
					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)				