健康診断申込書

住　所	〒		
フリガナ 事業所名			
電　話		FAX	
担当者			

※上記項目は省略せずに必ず記入してください。

【天理市へ国保の特定健診データ提供に同意して頂けます様よろしくお願いいたします】
（　同意　・　不同意　のいずれかに〇をして下さい）

- 下記申込書に手書きで記入と、選択項目に〇をつけて下さい。
- 加入保険が国民健康保険の方は、加入保険・住所の欄を選択し〇を囲んで下さい。
- 受診希望日に混雑が見込まれる場合は、受診日の変更をお願いする場合があります。
- 胃部健診は午後からも可能です。

- 20日午前はかなりの混雑が見込まれます。

※ 健康診断と併用して特殊健康診断を受診される方は、下記の特殊健診の欄に番号を記入して下さい。

1. 有機溶剤　2. 鉛　3. じん肺　4. エチルベンゼン

従業員番号	フリガナ	氏　名	性別	生年月日	申込み区分		オプション検査				受診希望日					加入保険		住所	
					協会けんぽ	定期	胃部X線	大腸がん	腫瘍マーカー	特殊健診	6/20受診 AM	6/20受診 PM	6/21受診 AM	6/21受診 PM	どちらでも				
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
			男　女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外

※協会けんぽの方は当健康診断申込用紙と生活習慣病予防健診対象者一覧表を

天理市商工会へFAXして頂きます様よろしくお願いいたします。

天理市商工会　FAX：0743-62-1946

健康診断申込書