健診申込書（東振協契約）

健診機関名	美浜ホームクリニック・健診プラザ（TEL043-306-2611）

FAX（043-279-4211）にてお申込みください

事業所情報	保険者番号		健康保険組合名		保険証記号	
フリガナ			フリガナ			
事業所名称			担当者名			
事業所住所 郵便番号から			TEL			
			FAX			

※希望日はホームページ上の予約カレンダーをご確認ください。

※受付時間は返信時に空いている枠をご案内します。（10時～12時30分の間）

※午後（15時～17時）をご希望の場合は、要望欄に「午後」とご記載ください。

	保険証本人番号	続柄	フリガナ 氏	フリガナ 名	生年月日	年齢	性別	コース	第１希望日	第２希望日	第３希望日	健診日（確定）	本人住所（送付物がある場合）	要望（オプション等）
1		本人 家族					男 女						〒	
2		本人 家族					男 女						〒	
3		本人 家族					男 女						〒	
4		本人 家族					男 女						〒	
5		本人 家族					男 女						〒	
6		本人 家族					男 女						〒	
7		本人 家族					男 女						〒	
8		本人 家族					男 女						〒	
9		本人 家族					男 女						〒	
10		本人 家族					男 女						〒	

問診票・キット送付について	□会社へ郵送　□個人宅へ郵送（住所入力必須） □事前送付物不要
結果送付について	□　東振協に従う □その他（　　）
お支払方法	□　窓口にてお支払い（領収書は個人名） □　窓口にてお支払い（領収書は会社名） □　会社請求（オプション含む） □　会社請求（オプションは窓口払い） □その他（　　）

請求書送付先情報　※請求先が本社へ請求など、異なる場合のみご記入下さい

フリガナ		フリガナ	
事業所名称		担当者名	
事業所住所	〒	TEL	
		FAX	

事前送付物不要な方へ
採尿と問診票記入は当院で行います。持ち物は健康保険証をお持ちください。
注意事項はこちらからの返信時にお伝えいたします。