

雇入時・定期健康診断申込書（団体用）

事業所名	健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号	住所	電話番号	FAX
			〒		

受診ID	フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	健康保険証の番号	住所（送付が個人宛て時のみ）	電話番号	健診種類	希望日
1					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
2					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
3					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
4					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
5					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
6					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
7					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
8					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
9					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	
10					〒		雇入時	
							定期A	
							定期B	

※ 太枠内をご記入の上住吉川病院健診課までFAX下さい(住吉川病院健診課FAX:078-452-7116)