

## 被扶養者簡易健診(特定健診)申込書

保 険 証 記号番号	記 号		番 号	
被 保 険 者	勤務事業所名			
	氏 名			
受 診 者	フリガナ			
	氏 名	姓	名	
	生年月日	昭 和	年	月 日生
	住 所	〒 ー		
	電話番号	( )		
受診希望日	平成20年10月 6日(月) ( 午 前 ・ 午 後 ) 7日(火) ( 午 前 ・ 午 後 ) 8日(水) ( 午 前 ・ 午 後 ) 9日(木) ( 午 前 ・ 午 後 ) 10日(金) ( 午 前 ・ 午 後 )			

◎受診希望の方は受診希望日のカッコ内に○をつけてください。

(受診希望日については1ヶ所のみご記入ください。)

◎なお、受診希望日が定員を超えた場合については当健保組合より変更のご連絡をさせていただきますのでご了承ください。

FAX 03-3666-2477