

常務理事	部 長	担当者

## 生活習慣病（成人病）健診受診申込書

健 康 保 険 記 号 - 番 号		-				
受 診 者	フリガナ 氏 名		被保険者 / 配偶者	生年 月 日	昭和・平成	男・女
	健診受診日		受診方法	巡回検診で受診 ・ 健診施設で受診		
受 診 施 設 名						
□に チ エ ツ ク し て く だ さ い	□ 医療法人福慈会	□ 籠原病院				
	□ 大阪府結核予防会	□ 大宮シティクリニック				
	□ 那須クリニック 関西検診協会	□ 至聖病院				
	□ マイヘルスクリニック 心斎橋院	□ 宇都宮記念病院 総合健診センター				
	□ 大阪中央病院 総合健康管理センター	□ 島根県環境保健公社				
	□ 関西労働保健協会（アケイ梅田・千里）※	□ 親愛（天神クリニック／ステーションクリニック／デイア）※				
	□ 聖授会（フェスティバル・OCAT・総合健診センター）※	□ ふくおか公衆衛生推進機構				
	□ 協仁会 小松病院	□ 大阪健康俱乐部 小谷診療所				
	□ 尼崎 市民健康開発センター ハーティ21	□ 東大阪 徳洲会病院				
	□ 京都工場保健会	□ 日立総合健診センター				
	□ 近畿健康管理センター（受診事業部名）	□ 日本生命 ニッセイ予防医学センター				
	□ 昇会 日野記念病院	□ 裕紫会 中谷病院				
	□ みたき健診クリニック	□ 生長会 府中クリニック				
	□ 大雄会ルーセントクリニック	□ 朋愛会 淀屋橋（健診プロモーション/総合クリニック）※				
	□ 鈴木胃腸消化器クリニック	□ 全日本労働福祉協会 東北支部				
	□ 品川シーズンテラス健診クリニック	□ 有隣厚生会 富士病院				
	□ 日本橋ハートクリニック	□ 地域医療機能推進機構 金沢病院				
	□ アルコクリニック	記載のない健診機関はその他に記入ください。 □ その他 ( )				
※いずれかに○又は受診事業部を記入してください。						

事業所担当者 氏 名	所 属 部 課 名	電 話 番 号

R7.4

以上のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

所 在 地

事 業 所 名

(被保険者氏名)

電線工業健康保険組合 御中

(多人数一括申し込みの場合は、受診者名簿を添付してください。)