

常務理事	部長	担当者

(任意継続者用)

## 生活習慣病（成人病）健診受診申込書

受診者	保険証 記号-番号	31 -	被保険者 ・ 配偶者		
	フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	健診受診日				
受診施設名					
□ に チ ェ ッ ク し て く だ さ い	<input type="checkbox"/> 医療法人福慈会	<input type="checkbox"/> 至聖病院			
	<input type="checkbox"/> 大阪府結核予防会	<input type="checkbox"/> 宇都宮記念病院 総合健診センター			
	<input type="checkbox"/> 那須クリニック 関西検診協会	<input type="checkbox"/> 東広島記念病院			
	<input type="checkbox"/> マイルスクリニック 心斎橋院（心斎橋クリニック）	<input type="checkbox"/> 親愛 天神クリニック／ステーションクリニック※			
	<input type="checkbox"/> 大阪中央病院 総合健康管理センター	<input type="checkbox"/> 聖マリア病院（聖マリアヘルスケアセンター）			
	<input type="checkbox"/> 関西労働保健協会（アクトイ梅田・千里）※	<input type="checkbox"/> 中京サテライトクリニック			
	<input type="checkbox"/> 聖授会（フェスティバル・総合健診センター）※	<input type="checkbox"/> 東大阪 徳洲会病院			
	<input type="checkbox"/> 小松病院（寝屋川）	<input type="checkbox"/> 富田浜病院			
	<input type="checkbox"/> 尼崎 市民健康開発センター ハーティ21	<input type="checkbox"/> ヘルスケアクリニック厚木			
	<input type="checkbox"/> 京都工場保健会	<input type="checkbox"/> 尚仁会 名古屋ステーションクリニック			
	<input type="checkbox"/> 近畿健康管理センター（受診事業部名）※	<input type="checkbox"/> 大宮シティクリニック			
	<input type="checkbox"/> 昴会 日野記念病院	<input type="checkbox"/> 市立 伊丹病院			
	<input type="checkbox"/> みたき健診クリニック	<input type="checkbox"/> 日本生命 ニッセイ予防医学センター			
	<input type="checkbox"/> 大雄会ルーセントクリニック	<input type="checkbox"/> 籠原病院			
	<input type="checkbox"/> 鈴木胃腸消化器クリニック	<input type="checkbox"/> 東京桜十字 赤坂桜十字クリニック			
	<input type="checkbox"/> 日本橋ハートクリニック	<input type="checkbox"/> 地域医療機能推進機構 金沢病院			
	<input type="checkbox"/> 青山セントラルクリニック				
	<input type="checkbox"/> アルコクリニック				
※受診事業所を記入してください。		記載のない健診機関はその他に記入ください。			
		<input type="checkbox"/> その他（ ）			

以上のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

被 保 険 者 氏 名

〒

住 所

電話番号