常務理事	部　長	担 当 者

総 合 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	生年 月日	昭和・平成　　男・女 年　　月　　日
	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	
□にチェックしてください	□ 医療法人福慈会 □ 大阪府結核予防会 □ 那須クリニック　関西検診協会 □ ﾏｲﾍﾙｽｸﾘﾆｯｸ 心斎橋院 □ 大阪中央病院　総合健康管理ｾﾝﾀｰ □ 近畿健診センター □ 聖授会（ﾌｪｽﾃｨﾊﾞﾙ・OCAT・総合健診ｾﾝﾀｰ）※ □ 尼崎 市民健康開発ｾﾝﾀｰ ﾊｰﾃｨ21 □ 京都工場保健会 □ 近畿健康管理ｾﾝﾀｰ（受診事業部名　　）※ □ 昴会　日野記念病院 □ みたき健診ｸﾘﾆｯｸ □ 大雄会ルーセントクリニック □ 鈴木胃腸消化器クリニック □ 日本橋ハートクリニック □ アルコクリニック □ 籠原病院 □ 大宮シティクリニック ※いずれかに○又は受診事業部を記入してください。	□ 宇都宮記念病院　総合健診ｾﾝﾀｰ □ 島根県環境保健公社 □ 親愛　（天神ｸﾘﾆｯｸ／ｽﾃｰｼｮﾝｸﾘﾆｯｸ／ﾃﾞｨｱ）※ □ ふくおか公衆衛生推進機構 □ 大阪健康倶楽部　小谷診療所 □ 東大阪 徳洲会病院 □ 日本生命　ﾆｯｾｲ予防医学ｾﾝﾀｰ □ 裕紫会　中谷病院 □ 朋愛会　淀屋橋（健診ﾌﾟﾗｻﾞ/総合ｸﾘﾆｯｸ）※ □ 尚仁会 名古屋ｽﾃｰｼｮﾝｸﾘﾆｯｸ □ 全日本労働福祉協会 東北支部 □ 有隣厚生会　富士病院 □ 地域医療機能推進機構 金沢病院 □ 日田健診センター □ 菊池養生園 □ 四日市羽津医療センター 記載のない委託健診機関はその他に記入ください。 □ その他（　　）

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。）