

常務理事	部長	担当者

(任意継続者用)

総合健診受診申込書

受診者	保険証 記号-番号	31 -	被保険者			
	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 エ ッ ク し て く だ さ い	<input type="checkbox"/> 医療法人 福慈会	<input type="checkbox"/> 名古屋ステーションクリニック				
	<input type="checkbox"/> 大阪府 結核予防会	<input type="checkbox"/> 大雄会 ルーセントクリニック				
	<input type="checkbox"/> 大阪中央病院 総合健康管理センター	<input type="checkbox"/> 豊田健康管理クリニック				
	<input type="checkbox"/> 近畿健診センター	<input type="checkbox"/> 医療法人 富田浜病院				
	<input type="checkbox"/> 関西労働保健協会 (アクトイ梅田・千里)※	<input type="checkbox"/> みたき健診クリニック				
	<input type="checkbox"/> 聖授会 (フェスティバル・総合健診センター) ※	<input type="checkbox"/> 日野記念病院				
	<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"/> 医療法人朋愛会 淀屋橋健診プラザ	<input type="checkbox"/> 榊原サピアタワークリニック				
	<input type="checkbox"/> ニッセイ予防医学センター	<input type="checkbox"/> 日本橋ハートクリニック				
	<input type="checkbox"/> 船員保険 大阪健康管理センター	<input type="checkbox"/> 赤坂桜十字クリニック				
	<input type="checkbox"/> マイヘルスクリニック 心斎橋院 (心斎橋クリニック)	<input type="checkbox"/> 品川シーズンテラス健診クリニック				
	<input type="checkbox"/> 近畿健康管理センター(受診事業部名)※	<input type="checkbox"/> アルコ会 アルコクリニック				
	<input type="checkbox"/> 小松病院	<input type="checkbox"/> 仁厚会病院				
	<input type="checkbox"/> 東大阪徳洲会病院	<input type="checkbox"/> ヘルステアクリニック厚木				
	<input type="checkbox"/> 京都工場保健会	<input type="checkbox"/> 宇都宮記念病院 総合健診センター				
	<input type="checkbox"/> 裕紫会 中谷病院	<input type="checkbox"/> 大宮シティクリニック				
	<input type="checkbox"/> 市民健康開発センター ハーティ21	<input type="checkbox"/> 至聖病院				
	<input type="checkbox"/> 市立 伊丹病院	<input type="checkbox"/> 籠原病院				
	※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 ()			

以上のお通り申し込みます。

令和 年 月 日

被保険者 氏名

〒

住所

電話番号