

常務理事	部長	担当者

# 人間ドック受診申込書

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 年 月 日	男・女
	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"/> 日本橋ハートクリニック				
	<input type="checkbox"/> 大野クリニック	<input type="checkbox"/> 鈴木胃腸消化器クリニック				
	<input type="checkbox"/> 大阪府結核予防会	<input type="checkbox"/> アルコクリニック				
	<input type="checkbox"/> 那須クリニック 関西検診協会	<input type="checkbox"/> 籠原病院				
	<input type="checkbox"/> 住友生命総合健診システム (人間ドック)	<input type="checkbox"/> 大宮シテイクリニック				
	<input type="checkbox"/> 住友病院	<input type="checkbox"/> 宇都宮記念病院 総合健診センター				
	<input type="checkbox"/> マイヘルクリニック 心齋橋院	<input type="checkbox"/> 東広島記念病院				
	<input type="checkbox"/> 大阪府済生会中津病院	<input type="checkbox"/> 親愛 (天神クリニック/ステーションクリニック/ティイ) ※				
	<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 (アクティ梅田・千里) ※	<input type="checkbox"/> 日本生命 ニッセイ予防医学センター				
	<input type="checkbox"/> 聖授会 (フェスティバル・OCAT・総合健診センター) ※	<input type="checkbox"/> 市立伊丹病院				
	<input type="checkbox"/> 協仁会 小松病院	<input type="checkbox"/> 生長会 府中クリニック				
	<input type="checkbox"/> 尼崎 市民健康開発センター ハーティ21	<input type="checkbox"/> 中之島クリニック				
	<input type="checkbox"/> 京都工場保健会	<input type="checkbox"/> 朋愛会 淀屋橋 (健診プラザ/総合クリニック) ※				
	<input type="checkbox"/> 近畿健康管理センター (受診事業部名)	<input type="checkbox"/> 尚仁会 名古屋ステーションクリニック				
	<input type="checkbox"/> 昴会 日野記念病院	<input type="checkbox"/> 地域医療機能推進機構 金沢病院				
	<input type="checkbox"/> みたき健診クリニック	記載のない健診機関はその他に記入ください。				
	<input type="checkbox"/> 大雄会ルーセントクリニック	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
※どちらかに○をしていただくか、受診事業部名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		

以上のおり申し込みます。

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。)