

常務理事	部長	担当者
処理	令和	年 月 日

特定健康診査受診券申請書

記号番号	—		
被保険者氏名			
受診者氏名			
受診者生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
送付先住所	〒 —		
電話番号			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
氏名			
⑩			

(送付先) FAX : 06-7494-3414

住所 : 〒530-0051

大阪市北区太融寺町 5-13
電線工業健康保険組合 宛