

会員健診 FAX申込書

| 健康保険証の記号 | | | | 会員番号(会費払込受領証に記載の7ケタの番号) | | | |
|------------------------------|--------|------|-----|-------------------------|-----------------------|-------------|--------------|
| | | | | | | | |
| 事業所名(支店・営業所名もご記入ください) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | | | | |
| 〒 — | | | | | | | |
| 書類送付先(事業所所在地と異なる場合のみご記入ください) | | | | | | | |
| 〒 — | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | 電話番号 | | | |
| | | | | | | | |
| 事業所の担当者氏名 | | | | 書類送付先の担当者名 | | | |
| | | | | | | | |
| 健康保険証の番号 | 本人・配偶者 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 健診機関 ○で囲んでください | コース | 受診日時 【予約】 |
| | | お名前 | | | | | |
| | 本・配 | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | フイール 八王子 葛飾 日本橋 両国 | ドック 定期健診 | 月 日 : |
| | 本・配 | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | フイール 八王子 葛飾 日本橋 両国 | ドック 定期健診 | 月 日 : |
| | 本・配 | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | フイール 八王子 葛飾 日本橋 両国 | ドック 定期健診 | 月 日 : |
| | 本・配 | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | フイール 八王子 葛飾 日本橋 両国 | ドック 定期健診 | 月 日 : |