

# 特定健診申込書

FAX 番号 0942-33-1218

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

※お持ちの保険証の種類に○をつけて下さい。

【 協会けんぽ 健康保険組合 共済組合 その他 】

※受診券をお持ちの方で満40歳～満74歳が受診対象です。

希望日 第一希望 令和 年 月 日

第二希望 令和 年 月 日

第三希望 令和 年 月 日

※ 直近の日付を希望されますと予約枠が取れない可能性がありますので余裕をもって希望日をご記入ください。

※ FAXを確認の上、折り返しご連絡いたします。(午後からの対応になります。)