健診機関様名

申込日　　令和　　年　　月　　日

御中

# 健康診断　予約・申込の件

FAX:(　　)　　－
TEL:(　　)　　－

下記の通り健診の予約・申込を致しますので、「健診日を確定」の上郵送にてご回答をお願いします。日程に不都合のある場合は、本人と直接に調整後、事業所様までご通知をお願いいたします。

事業所記号
**事業所住所**
事業所名
Tel
Fax
担当者

| 健康保険証の番号 | フリガナ<br>氏　名 | 生年月日<br>年　齢 | 〒<br>続柄　住　所 | 電　話<br>(市外局番から) | コース | オプション | 第1希望日 | 第2希望日 | 決定日 | 受診者負担金 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

中部アイティ産業健康保険組合

健診機関様名

令和　　年　　月　　日

御中

# 健康診断　予約取消の件

FAX:(　　)　　－
TEL:(　　)　　－

事業所記号
事業所住所
事業所名
Tel
Fax
担当者

下記の者、都合により健診を取消させていただきますので ご連絡いたします。

| 健康保険証の番号 | フリガナ 氏名 | 生年月日 年齢 | 〒 続柄 住所 | 電話 (市外局番から) | コース | オプション | 健診予定日 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

中部アイティ産業健康保険組合