

定期健康診断申込書

神奈川運輸業健康保険組合 保健センター

TEL 045-441-3278

↓ 太枠内を記入してください。

| | | | | |
|-------------------|----------|-------------|----|---|
| 会社名 及び 営業所名 | | | | |
| 保険証等 | 記号 | | 番号 | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) | | |
| ふりがな | | | | 男 |
| 氏名 | | | | |
| 健診年月日 | 年 月 日 | | | |

利用される場合は、必ず前日までに予約をしてください。
健康診断個人票をご持参いただき、保険証等の記号と番号は必ず記入してください。

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------|
| 健診の種類 (○で囲む) | | |
| (35才及び40才以上) それ以外の希望者 | (20才・25才・30才) 及びC健診者も選択可 | (その他) |
| A | B | C |
| オプション検査 (A健診のみ) | | |
| Fセット | | |
| 男性マーカー 3 種 (PSA) | | |
| 女性マーカー3種 (CA125) | | |
| オプション検査 (全健診対象) | | |
| 有機溶剤 | 2 種 | |
| 有機溶剤 | 3 種 | |
| その他 | | |
| 他健保の方 (国保等) ※ | | |
| 用紙代 | | |
| 容器代 (再送分) | | |

※事業所のアルバイトの方等で、当健保以外の保健証等をお持ちの方は、上記の健診料に診断料として+1,000円徴収いたします。

----- ここから切り取り、1人1枚ご提出ください -----

定期健康診断申込書

神奈川運輸業健康保険組合 保健センター

TEL 045-441-3278

↓ 太枠内を記入してください。

| | | | | |
|-------------------|----------|-------------|----|---|
| 会社名 及び 営業所名 | | | | |
| 保険証等 | 記号 | | 番号 | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) | | |
| ふりがな | | | | 男 |
| 氏名 | | | | |
| 健診年月日 | 年 月 日 | | | |

利用される場合は、必ず前日までに予約をしてください。
健康診断個人票をご持参いただき、保険証等の記号と番号は必ず記入してください。

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------|
| 健診の種類 (○で囲む) | | |
| (35才及び40才以上) それ以外の希望者 | (20才・25才・30才) 及びC健診者も選択可 | (その他) |
| A | B | C |
| オプション検査 (A健診のみ) | | |
| Fセット | | |
| 男性マーカー 3 種 (PSA) | | |
| 女性マーカー3種 (CA125) | | |
| オプション検査 (全健診対象) | | |
| 有機溶剤 | 2 種 | |
| 有機溶剤 | 3 種 | |
| その他 | | |
| 他健保の方 (国保等) ※ | | |
| 用紙代 | | |
| 容器代 (再送分) | | |

※事業所のアルバイトの方等で、当健保以外の保健証等をお持ちの方は、上記の健診料に診断料として+1,000円徴収いたします。