

全国健康保険協会

生活習慣病予防健診申込書

平成 年 月 日

庄原赤十字病院 医療社会事業部 行

事業所の所在地・名称	〒	担当者名: _____
		電話番号: _____

* 健診準備物送付先・請求書送付先が異なる場合は、記入をお願いします。

(健診物品送付先)

事業所の所在地・名称	〒	担当者名: _____
		電話番号: _____

(請求書送付先)

事業所の所在地・名称	〒	担当者名: _____
		電話番号: _____

健診申込人数	人
--------	---

支払い方法

健診種類	補助対象				左記以外のオプション
	一般	付加	女性(乳・子)	肝炎	
事業所支払					
受診者支払					
備考					

* 事業所支払又は受診者支払のいずれかに○をつけて下さい。

申込FAX番号 0824-75-0480