

人間・脳ドック利用申込書（FAX用）

事業所名：
_____担当者名：
_____連絡先：

利用券送付希望先（自宅・事業所）

※ 事業所で巡回健康診断の実施（未受診・受診予定・受診済）

※ オプションでレディース健診を実施予定（有・無）

| | | | | | |
|-----------------|--|--|----|--|-------|
| 医療機関名 | | | | | |
| 利用コース | | | | | |
| 利用年月日 | 令和 年 月 日（曜日） | | | | |
| （フリガナ） 利用者氏名 | | | | | 男・女 |
| 被保険者等 | 記号 | | 番号 | | 本人・家族 |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 | | | | |
| 住所 | 〒 _____ TEL：（ ） | | | | |
| 事業所名 | | | | | |
| 組合名 | 千葉県機械金属健康保険組合 | | | | |
| 所在地 | 〒260-0016 千葉市中央区栄町36-10 TEL：043（201）1251（代） FAX：043（201）1252 | | | | |

※ 利用年月日の2週間前までにお申し込みください

※ 利用申込書は、FAXまたは郵送いずれか一方で送付してください

※ 利用コースは、『人間ドック・脳ドック等契約医療機関一覧』を参考に記入してください