

健康診断予約済連絡書(健保補助外)

◎A1コース以外の受診も可能ですが、どのコースを受診していただいても健保補助外となりますのでご了承ください。

◎A1コース以外を希望される方はその他に記載してください。また、Dコースをご希望の場合は健診・ドック予約済連絡書(被保険者用)にご記入くださいますようお願いいたします。

39歳以下
被保険者用

事業所記号		事業所名称	
事業所 担当者名		TEL	
		FAX	
		E-mail	

被保険者 番号	氏名	性別	生年月日	年齢	受診コース
受診先医療機関名			都道府県名(医療機関の)	受診日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	

注意: 医師の診断のもと、受診してください。

〔個人情報取り扱い〕 …詳細内容は当組合ホームページでご確認いただけます。

申込書の記載内容および健診等結果は、補助支払、保健事業の企画運営に使用し、他の目的には使用しません。

〒130-0005 東京都墨田区東駒形1-16-1

パッケージ工業健康保険組合

FAX03-3624-7407