

豊富町国民健康保険診療所 健康診断予約票

事業所名		案内文書送付先	〒
事業所所在地 連絡先	〒	健診結果送付先	〒
	TEL :	支払い方法 (○をつけて下さい)	・ 本人窓口払い ・ 請求書払い (下記に送付先を記入)
健康診断種類 (○をつけて下さい)	・ 協会けんぽ生活習慣病予防健診 ・ 雇用時健診 ・ その他事業所の定期健診等	請求書送付先	〒

●受診者情報

この欄は、「協会けんぽ 生活習慣病予防健診」の補助を受けられる事業所のみ記入が必要です。

ふりがな 氏名	性別	生年月日	保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	健診受診日	備考
		年 月 日				年 月 日	本人連絡先等
		年 月 日				年 月 日	
		年 月 日				年 月 日	
		年 月 日				年 月 日	

※枠が足りない場合、コピーしてお使いください。

○その他連絡事項があれば、こちらに記入してください。