



campaign code - 004

FAX 健診申込書 0776 - 27 - 8294

(送信先 : 福井県厚生農業協同組合連合会 宛)

※本会へファックスを送信する際、番号をよくお確かめのうえ、お間違いのないようお願いいたします。

下記に事業所情報、受診者名簿等の必要情報(黒太枠部分)のご記入をお願いいたします。

事業所名	担当者名
住所 〒 -	
TEL () -	FAX () -

受診者名簿			保険者番号				保険証記号		
希望日程	時間	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	保険証 番号	受診コース	胃検査 希望	備考	
例	第一希望 7月14日	厚生 太郎 (ヨシイ 知り)	男	S55.5.5	55	協会けんぽ健診	有・無	有機溶剤健診 希望(トルエン)	
	第二希望 7月17日					一般健診			
1	第一希望 月 日 :					協会けんぽ健診	有・無		
	第二希望 月 日 :					一般健診			
2	第一希望 月 日 :					協会けんぽ健診	有・無		
	第二希望 月 日 :					一般健診			
3	第一希望 月 日 :					協会けんぽ健診	有・無		
	第二希望 月 日 :					一般健診			
4	第一希望 月 日 :					協会けんぽ健診	有・無		
	第二希望 月 日 :					一般健診			
5	第一希望 月 日 :					協会けんぽ	有・無		
	第二希望 月 日 :					一般健診			

※厚生連使用欄
(記入不要)

確定日時をFAXに
て返送します

月 日
(:)

月 日
(:)

月 日
(:)

月 日
(:)

月 日
(:)

※ 5人以上のお申し込みは本用紙をコピーしてください。

注意事項

- ✓ 混雑回避の為に30分単位で受付を割り振りいたしますので希望日時を明記ください。
後日、確定日時をFAXにてご連絡いたします。
- ✓ 健診のお申込みは、実施予定日の**10日前まで**にお願いします。
受付後に受診票、検査キット、注意事項等を会社様へ送付いたします。
問診記入欄がありますのでご記入の上、お越してください。
- ✓ 保険証番号等はマイナポータル及び、資格確認書にて確認をお願いいたします。

ご予約お待ちしております!



©よい食P