

岐阜県建設国民健康保険組合 出張健診申込書

※ この用紙は受診日ごとにお使いください。各申込者の受診日が異なる場合はコピーしてお申込ください。

記入例に沿って、枠内に必要事項を記入し、□欄に✓を付けて下さい。

受診日 (希望日を選択して記入) 月 日	(総支部 会場)	<input type="checkbox"/> 岐阜	<input type="checkbox"/> 本巣	<input type="checkbox"/> 大垣・安八	<input type="checkbox"/> 養老	<input type="checkbox"/> 揖斐	<input type="checkbox"/> 瑞浪	<input type="checkbox"/> 土岐多治見	<input type="checkbox"/> 美濃加茂
		<input type="checkbox"/> 可児	<input type="checkbox"/> 高山	<input type="checkbox"/> 古川	<input type="checkbox"/> 神岡	<input type="checkbox"/> 下呂	<input type="checkbox"/> 中津川	<input type="checkbox"/> 関	<input type="checkbox"/> 各務原

※希望日に沿えない場合があります。

申込者 ① 受付NO. _____

保険証記号番号	枝番	生年月日	続柄
—		□ S □ H 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人 適用除外事業所 <input type="checkbox"/> 扶養家族
氏名		性別	☎日中の連絡先
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	— —
健診コース	有料オプション検査 (希望項目を選択)		
<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 肝炎 ウレシ	<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 腹部 超音波	<input type="checkbox"/> 子宮 がん <input type="checkbox"/> 乳 がん <input type="checkbox"/> 腫瘍 マーカー <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 特定健診			<input type="checkbox"/> その他
負担金額合計	円	備考	

申込者 ② 受付NO. _____

保険証記号番号	枝番	生年月日	続柄
—		□ S □ H 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人 適用除外事業所 <input type="checkbox"/> 扶養家族
氏名		性別	☎日中の連絡先
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	— —
健診コース	有料オプション検査 (希望項目を選択)		
<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 肝炎 ウレシ	<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 腹部 超音波	<input type="checkbox"/> 子宮 がん <input type="checkbox"/> 乳 がん <input type="checkbox"/> 腫瘍 マーカー <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 特定健診			<input type="checkbox"/> その他
負担金額合計	円	備考	

申込者 ③ 受付NO. _____

保険証記号番号	枝番	生年月日	続柄
—		□ S □ H 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人 適用除外事業所 <input type="checkbox"/> 扶養家族
氏名		性別	☎日中の連絡先
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	— —
健診コース	有料オプション検査 (希望項目を選択)		
<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 肝炎 ウレシ	<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 腹部 超音波	<input type="checkbox"/> 子宮 がん <input type="checkbox"/> 乳 がん <input type="checkbox"/> 腫瘍 マーカー <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 特定健診			<input type="checkbox"/> その他
負担金額合計	円	備考	