

# 【個別用】健康診断申込書

Fax047-332-7270

※保険証番号ごとに申込書を書いてください

保険証番号	組合員氏名	連絡先
90-1244-		

※裏面の医療機関に電話して、予約がとれたら申込書を記入して支部へFAXしてください

受診者氏名 1	受診予定日	医療機関名 (予約した病院に○をつけてください)
フリガナ	月 日	市川市民診療所 ・ 新浦安虎の門クリニック
受診者氏名 2	受診予定日	医療機関名 (予約した病院に○をつけてください)
フリガナ	月 日	市川市民診療所 ・ 新浦安虎の門クリニック
受診者氏名 3	受診予定日	医療機関名 (予約した病院に○をつけてください)
フリガナ	月 日	市川市民診療所 ・ 新浦安虎の門クリニック
受診者氏名 4	受診予定日	医療機関名 (予約した病院に○をつけてください)
フリガナ	月 日	市川市民診療所 ・ 新浦安虎の門クリニック

↓ 健診キットや結果票を各自宅以外に送付希望の場合はこちらに記入してください

案内の送り先(事業所名なども記入してください)
〒

↓ 中建国保に加入していない人が健診を申し込む場合はこちらに記入してください

中建未加入受診者名	受診予定日	医療機関名 (予約した病院に○をつけてください)
フリガナ	月 日	市川市民診療所 ・ 新浦安虎の門クリニック
案内の送り先		
〒		

※中建国保未加入者および20歳未満の被扶養者は健診費用が有料(11,000円)となります。

中央建設国民健康保険組合千葉土建支部市川出張所 〒272-0812 市川市若宮3-23-1

電話：047-336-5311 FAX：047-332-7270