

**大阪府建築健康保険組合**  
平成 年度事業主健診申込書

大阪府建築健康保険組合 御中

常務理事	担 当

健診日時通知 平成 年 月 日  
入金日 平成 年 月 日

<腹部超音波を追加しない場合> ¥7,000  
<腹部超音波を追加する場合> ¥10,000

太枠のみ記入して下さい。

事業所名			
事業所所在地	〒 ( ) Tel ( )		
健康保険証 記号・番号	記号_____ 番号_____ (国民健康保険に加入されている方は記入不要)		
事業主氏名			
生年月日	昭和 年 月 日 (年齢 歳)		
喀痰検査	希望する	← ご希望の場合は ○をしてください	
腹部超音波検査 (腹部エコー)	希望する		
希望日記入欄 〔特になければ、ご記入 していただく必要はあ りません。〕	事業主健診	月 日 (水・金) 午前	
		月 日 (水・金) 午前	
		月 日 (水・金) 午前	

※腹部エコーは、事業主健診とは別日の実施となります。

通信欄

FAX 06-6941-1815