

大阪府建築健康保険組合

\_\_\_\_\_年度 事業主健診申込書

常務理事	担 当

健診日時通知 年 月 日  
入金日 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です)		
事業主氏名			
生年月日	昭和 年 月 日 (年齢 歳)		
腹部超音波検査 (腹部エコー)	希望する ← ご希望の場合は○をしてください		
事業主健診 希望日記入欄 〔 特になければ、ご記入いただく必要はありません。 〕	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 〕

申込みFAX 06-6941-1815