

# 男子（30～39歳） 生活習慣病検診 受検申込書

阪和興業健康保険組合

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

健康保険 被保険者証の 記号・番号	(記号一番号) —	(会社名・事業所名)  (TEL )
フリガナ		
氏名	®	
生年月日	昭和 年 月 日 平成	連絡先 (TEL)
住所 (問診票送付先)	(〒 - )	

健診機関 希望場所を○ で囲んで下さい	<ul style="list-style-type: none"><li>・結核予防会（大阪総合健診センター）</li><li>・結核予防会 堺複十字診療所（堺高島屋内）</li><li>・聖授会（総合健診センター）</li><li>・聖授会（フェスティバルタワークリニック）</li><li>・コーナンメディカル（鳳）</li><li>・寿楽会 M・Oクリニック</li><li>・MedCity 2 1（あべのハルカス）</li><li>・多根クリニック（大阪ベイトワー）</li></ul>
第一希望日	令和 年 月 日 ( ) 曜日
第二希望日	令和 年 月 日 ( ) 曜日
第三希望日	令和 年 月 日 ( ) 曜日
<受検者記入欄>（補足があれば記入して下さい。）	

<健保記入欄>
---------