

特 定 健 診 利 用 申 込 書

※ 事業所名		※ 事業所住所		
フリガナ		被保険者	記 号	番 号
被保険者名				
フリガナ		性 別	生 年 月 日	続 柄
利用者名		男 ・ 女	年 月 日	
利用者住所	〒 — TEL ()			
利用日	年 月 日 (曜日)			
健診機関名				
健診機関 住所	〒 — TEL ()			

※の欄は、任意継続者の方は記入不要です。

上記のとおり特定健診の利用を申し込みます。

令和 年 月 日

大阪自動車販売店健康保険組合 殿

利用者氏名 _____