生活習慣病健診申込書（配偶者用）

保険証記号		保険証番号		
被保険者名				
事業所名				
受診者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	年齢
	住所			
	電話番号	()		
契約医療機関で受診の場合は①、契約医療機関以外の場合は②に必要事項をご記入ください。				
①	契約医療機関名	電話 ()	契約医療機関番号	
②	契約以外医療機関名	電話 ()		
健診日	平成 年 月 日			
備考				

- ①契約医療機関番号は、組合ホームページの「契約医療機関一覧表」に掲載しております。
 ②この申込書は、健診の予約後、健診日前に提出してください。
 ③契約医療機関以外で受診される場合は、後日、補助金請求書等を送付いたします。

〒135-8318

東京都江東区毛利 2-6-5

印刷製本包装機械健康保険組合

電話 03-3634-0048

FAX 03-3634-0428

<http://www.ishk-kenpo.or.jp/>