

東京金属事業健康保険組合 2024年度 集合健診専用 申込者名簿(紙提出用) ※人数に応じてコピーしてご使用下さい

※ Excelファイルでの名簿提出も受け付けております。「集合健診実施のご案内」に記載の連絡先よりお問い合わせください。

本部・多摩支部 (〇印をしてください。)	事業所記号	事業所名	事業所住所 〒	TEL: FAX:	ご担当者名
-------------------------	-------	------	---------	--------------	-------

No.	保険証 番号	フリガナ		生年月日	性別	健診コース	第一 希望日	第二 希望日	希望会場名		子宮細胞診検査 (生活習慣病B受診の女性)
		名前	姓						第一希望	第二希望	
1				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
2				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
3				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
4				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
5				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
6				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
7				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
8				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
9				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					
10				西暦 年 月 日		生活(一般)A2	/	/	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	<input type="checkbox"/> KFC Hall&Rooms <input type="checkbox"/> 日本教育会館	有り・無し
						生活習慣病B					

※2024年度はご希望で血液オプションを追加できます。費用は全額事業所請求となります。

追加できるオプションは別紙をご参照ください。健診キットにオプション申込み用紙が同封されますので健診当日にお持ちください。

※子宮細胞診検査は、生活習慣病B受診者(女性)が対象となります。(名簿提出時に対象者の確認をお願いいたします。)

※第1希望でのご案内が難しい可能性があるため、第2希望まで記載をお願いいたします。

受診人数合計 _____ 人