

重要書類 (健診申込み)

(一財)日本予防医学協会附属診療所

ウェルビーイング毛利《予約受付》行

FAX03-3635-5712 (TEL03-3635-5711)

〒135-0001東京都江東区毛利1-19-10江間忠錦糸町ビル5階

FAX

事業所名称			
住所	〒		
健診ご担当者名	所属		
連絡先	電話	FAX	

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		⑧	⑨	⑩
	漢字氏名 (必須)	カナ氏名 (必須)	性別 (必須)	生年月日 (必須)	健診日	本人 家族	健康保険証 記号 番号		健康保険組合名	健診項目	追加項目 (オプション)
1						本人 配偶者 任継 その他			健康保険組合	定健 成人病 ドック その他	
2						本人 配偶者 任継 その他			健康保険組合	定健 成人病 ドック その他	
3						本人 配偶者 任継 その他			健康保険組合	定健 成人病 ドック その他	
4						本人 配偶者 任継 その他			健康保険組合	定健 成人病 ドック その他	
5						本人 配偶者 任継 その他			健康保険組合	定健 成人病 ドック その他	

■属性情報の説明

①～⑤→受診のための必須情報です。お手数ですが記入漏れの無いようにご記入をお願いします。

⑥～⑨→健康保険組合ご負担で受診いただく際に必須となります。

■誤送信で本用紙をお受け取りいただいた方へのお願い

①お受け取りいただきました時点で、ウェルビーイング毛利《予約受付》係までご連絡ください。

②個人情報が記載されていますので、お手数ですが裁断等の処理をお願い申し上げます。

事前案内送 付先	住所	〒		
	氏名		連絡先	