

大阪府建築健康保険組合
令和__年度 一般健診申込書

--	--	--

※下記の太線・太枠のみご記入ください

〈一部負担金〉・一般健診 @3,000×__名=_____円
 ・ピロリ菌抗体検査 @1,500×__名=_____円 計 _____円

〈内訳〉 男性__名、女性__名)

申込日 年 月 日

事業所記号		事業所名			支店営業所	インボイス制度対応の 【納入証明書】の発行 *振込み入金の場合に限る	
事業所所在地	〒			TEL	()	要・不要	
担当者	氏名		健診実施機関名	大阪府建築健康保険組合 健康管理センター			
保険証番号	フリガナ 氏名	生年月日	区分	追加検査	備考	前年 受診日	実施日
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :

← いずれかに○をしてください

※ご希望の場合は○をしてください ↗

大阪府建築健康保険組合
令和__年度 一般健診申込書 (続紙)

No. _____

事業所記号 _____ 事業所名 _____

保険証番号	フリガナ氏名	生年月日	区分	追加検査	備考	前年受診日	実施日
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :
		S H . . (才)	男 女	ピロリ菌		/	. . () :

※ご希望の場合は○をしてください ↗