

大阪府建築健康保険組合
令和__年度 入社時健診申込書

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

※下記の太線・太枠のみご記入ください

＜一部負担金＞・入社時健診 @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 | | / | . . () : |

← いくれかに○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 入社時健診申込書 (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 ↗