

郵便はがき

料金受取人払

1 6 6 8 7 9 0

杉並局承認

2009

差出有効期間
令和7年3月
31日まで

(受取人)
東京都杉並区阿佐谷南一―十四―一号

一般財団法人 日本健康文化振興会
全国健診部 行



受診申込書

申込日 月 日

| | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|-------|--------------------|--------------|--|---|
| 健康保険コード | 2 4 6 4 1 0 0 1 | 健康保険名 | オエノンホールディングス健康保険組合 | | | |
| ご案内文書の内容を確認・承諾し、下記の通り申込み致します。 | | | | | 希望コード No. | |
| 健康保険証 記号・番号 | 記号 | 番号 | 性別 | 1. 男 2. 女 | 医療機関名 | |
| 氏名 | フリガナ | | | | 検査申込内容 | |
| 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日 | 満 | 歳 |
| 日中連絡先 (電話番号) | | | | | | |
| 住所 (漢字で) | 〒 | - | | | | |
| | | | | | 受診希望日 | |
| | | | | | 第1希望 月 日() | |
| | | | | | 第2希望 月 日() | |
| | | | | | 第3希望 月 日() | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 特に希望日なし(いつでも良い) | |

どちらか1つ選んでください。

申込日より30日以上先の日を記入してください。