

集団健診申込み用紙

京浜健診クリニック用

※3名以上で同日のお申込みの場合は希望実施日以外に×をつけてご記入いただくか、裏面もお使いください

| 集団健診実施日 締切日 | 希望するコースにチェックの上、必要事項を記入してください | | |
|--|--|--|--|
| | 募 集 中 | 開 催 日 未 定 ※10月頃発表 | |
| | 令和2年4月12日(日) 令和2年3月27日(金) | 令和3年2月 日(日) 締 切 未 定 | 令和3年3月 日(日) 締 切 未 定 |
| <実施コース> *各料金は6～7ページ参照 *検査項目は10～11ページ参照 *集団健診において婦人科健診の追加はできませんのでご注意ください。 | <input type="checkbox"/> 総合ドックコース <input type="checkbox"/> 簡易ドック充実コース <input type="checkbox"/> 簡易ドック基本コース <input type="checkbox"/> 特定健診のみ | <input type="checkbox"/> 総合ドックコース <input type="checkbox"/> 簡易ドック充実コース <input type="checkbox"/> 簡易ドック基本コース <input type="checkbox"/> 特定健診のみ | <input type="checkbox"/> 総合ドックコース <input type="checkbox"/> 簡易ドック充実コース <input type="checkbox"/> 簡易ドック基本コース <input type="checkbox"/> 特定健診のみ |
| 健康保険証番号 「27」で始まる6ケタの番号 | 記号は無し/番号 27 | | |
| フリガナ 受診者氏名 | | | |
| 生年月日 | S・H | S・H | S・H |
| 連絡先電話番号(携帯) 日中つながる連絡先 | | | |
| 補助金申請書の送付依頼 年度内一人1回まで利用できます HPから出力する場合は記入不要 | <input type="checkbox"/> 郵送希望 | <input type="checkbox"/> 郵送希望 | <input type="checkbox"/> 郵送希望 |

【必ずお読みください】

- お申込みの方は締切日までに神奈川県支部へFAXしてください。(電話でも可)
 申し込みから1週間以内に、建設国保神奈川県支部より「集団健診受付完了連絡」を返信します。(FAXor 郵送)
 1週ンを過ぎて返信がない場合は受付が出来ていない場合がありますので下記までお問い合わせください。
- 補助金申請は年度内一人1回まで利用できます。
 補助金申請をする方は、ホームページ(中小建で検索)から申請用紙をダウンロードするか、上記の補助金申請書の送付依頼の「郵送希望」にチェックをしてお申込みください。
 ※補助金申請の詳細は健康診断のご案内8ページをご覧ください。
- 【上記健診日以外で受診を希望する場合】
 直接「京浜健診クリニック」へお申込みください。
 予約完了後に必ず「個人健診予約報告シート」を、神奈川県支部へFAXしてください。(電話でも可)

【神奈川県支部申し込み・ご相談窓口】 TEL: 045-633-5123
 お電話口で「健診の件で」とお伝えください。担当におつなぎいたします。