

集団健診申込み用紙

東名厚木メディカル
 サテライトクリニック用

※3名以上で同日のお申込み、または別日でのお申込みは裏面もご利用ください

| 希望するコースと日にチェックの上、必要事項を記入してください | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| | 特定健診のみ または 契約コース | 希望日 ↓ | 集団健診実施日 | 締切日 |
| <実施内容> *各料金は6～7ページ参照 *検査項目は10～11ページ参照 *オプションの追加を希望される方は、病院に確認する必要があるため早めにご相談ください。 | <input type="checkbox"/> 特定健診のみ | | R2年4月12日(日) | R2年3月19日(木) |
| | | | R2年7月5日(日) | R2年6月11日(木) |
| | | | R2年8月2日(日) | R2年7月9日(木) |
| | | | R2年9月6日(日) | R2年8月13日(木) |
| | | | R2年10月4日(日) | R2年9月10日(木) |
| | | R2年11月8日(日) | R2年10月15日(木) | |
| | <input type="checkbox"/> 人間ドックコース | | R2年11月8日(日) | R2年10月15日(木) |
| 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 | <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週間を過ぎても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「東名厚木メディカルサテライトクリニック」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」とお伝えいただくと担当におつなぎいたします。