

健診申込書 (同意書) (平成 年度)

〒 □□□ - □□□□

下記のとおり 36 歳 ~ 39 歳の追加検査を申し込みます。

平成 年 月 日

岐阜県プラスチック事業健康保険組合 殿

健康保険証 記号											
被保険者 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	被保険者 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	被保険者 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .
		男女	昭平 . .			男女	昭平 . .			男女	昭平 . .

* 健診結果については健康保険組合と事業所との共同実施で行っているため、私の健診結果を事業所に通知することに同意します