

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。

事業所 所在地
 名称
 事業主名

平成 年 月 日

印

岐阜県プラスチック事業健康保険組合 殿

担当者名 () 電話番号 ()

健康保険証 記号	下記 * に同意する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> する。				健康保険証 記号	下記 * に同意する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> する。				健康保険証 記号	下記 * に同意する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> する。			
被保険者 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	<input type="checkbox"/>	被保険者 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	<input type="checkbox"/>	被保険者 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>
		男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>			男 女	昭 平 . .	<input type="checkbox"/>

* 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。