年　　月　　日

生活習慣病健診申込書

　大阪府石油健康保険組合　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予約を取りましたので、下記のとおり生活習慣病健診の受診を申し込みます。 記 |  | 健保使用欄 |  |
| FAX送付済み |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大阪圏内健診機関別表（1） | 1. 大阪府結核予防会・[2] 淀川キリスト教病院健康管理増進センター

[3]北摂クリニック・[4]愛仁会総合健康センター・[5]飯島クリニック[6]コーナンメディカル鳳総合健診センター・[7]みどり健康管理センター[8]新長堀診療所・[9]淀川健康管理センター・[10] マイヘルスクリニック南堀江院[11]一翠会（出張健診・千里中央健診センター）・[12]那須クリニック関西検診協会[13]南大阪総合健診センター・[14]府中クリニック・[15]大阪公立大附属病院MedCity21[16]大阪がん循環器病予防センター・[17]朋愛会淀屋橋健診プラザ[18]大野クリニック・[19] KKCウエルネス新大阪・[20] KKCウエルネスなんば |  |
| 他都道府県健診機関別表（2） | 健診機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
|   |  |  事業所所在地 　　　　　　　　　　　  |
|  連絡先ＴＥＬ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |
|  番 号 |  | 続柄 | 性別 | 生　年　月　日 | 年齢 | 健診希望日 |  |
| 受診者名 |
|  |  | 本人家族 |  | S・H　　 年　　月　 　日 |  | 　　月　 　日 |  |
|  |
|  |  | 本人家族 |  | S・H　　 年　　月　 　日 |  | 　　月　 　日 |  |
|  |
|  |  | 本人家族 |  | S・H　　 年　　月　 　日 |  | 　　月　 　日 |
|  |
|  |  | 本人家族 |  | S・H　　 年　　月　 　日 |  | 　　月　 　日 |
|  |
|  |  | 本人家族 |  | S・H　　 年　　月　 　日 |  | 　　月　 　日 |
|  |
|  |  | 本人家族 |  | S・H　　 年　　月　 　日 |  | 　　月　 　日 |
|  |
|  |  | 本人家族 |  | S・H　　 年　　月　 　日 |  | 　　月　 　日 |  |
|  |

◎受診日順にご記入ください。

◎健診機関名は必ず記入し、健診機関別に作成してください。

◎ＦＡＸ・メールでも結構です。（ＦＡＸ番号０６－６１２５－１２０４）