　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　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）