

## 健康診断受診者名簿 兼 申込書

(公財) 福島県労働保健センター いわき健診プラザ 行

送信先FAX番号 **0246-84-6603**

会社名		ご担当者			
住所	〒	TEL		FAX	

健康保険組合名		保険証記号	
---------	--	-------	--

胃の検査を受診される方は、  
どちらかに○を付けてください。

保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診内容	胃の検査		健診希望日	
						バリウム	カメラ	第一希望	第二希望
1			年 月 日	男・女					
2			年 月 日	男・女					
3			年 月 日	男・女					
4			年 月 日	男・女					
5			年 月 日	男・女					
6			年 月 日	男・女					
7			年 月 日	男・女					

- ※やむを得ず胃の検査を受診されない方は「胃の検査」欄に × とご記入ください。
- ※特殊健康診断及びオプション検査をご希望の方は、「健診内容」欄にあわせてご記入ください。
- ※当日現金にてお支払いを希望される場合、「当日お支払い」欄に検査項目等をご記入ください。
- ※健診キットや健診結果の送付先、健診料金の請求先にご指定がある場合はお申し付けください。
- ※皆様の個人情報は当センターの個人情報保護方針に基づき適切に取り扱い、以下の目的で利用いたします。  
健康診断サービス提供のため / 健康診断結果を適切にご利用いただくため / 適切な医療提供のため / 医療保険をご利用いただくため / 法令や行政等公的機関への対応のため / 学会発表や医学的な研究、統計事業のため / 第三者委託のため

当日お支払い	
--------	--