

【令和6年度 定期健康診断申込書】

35才未満の被保険者の方
及び、40才未満の被扶養配偶者の方は、こちらの申込書をご利用ください。

この申込書は直接 大阪みなと中央病院 へご送付ください。

(事業所所在地)

(事業所名称)

〒 -	
電話番号	担当者名

保険者番号	保険証記号

健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険 区分	健診の種類(いずれかを○で囲んでください)			健診希望月日	支払種別	備考
					3,850円(税込)	7,700円(税込)	11,000円(税込)			
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	
		男女	昭和 平成 年 月 日	本配	労安則(A)	労安則(B)	雇入	月 日	個人・会社	

*予約状況によりご希望の月日に受診できないことがありますのでご了承ください。