

# 健康診断受診申込書

事業所名	住所	電話番号	担当者

地域医療機構 金沢病院  
 健康管理センター  
 TEL 076-251-1113  
 FAX 076-251-8794

フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証		被保険者 被扶養者	健診コース
			記号	番号		
1	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
2	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
3	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
4	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
5	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
6	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
7	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
8	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
9	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	
10	男	S			被保険者	生活習慣病 定期B 有機溶剤・鉛・じん肺・溶接・その他
	女	H			被扶養者	

- ① 受診される方全員の氏名等をご記入の上、該当項目に○印をつけてください。  
 全国健康保険協会より送付された『受診対象者一覧』もご利用ください。
- ② 有機・特定化学物質健診を受診される場合は、溶剤名もご記入ください。
- ③ 記入欄が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

【申込期限：4月19日（金）】  
**FAX : 076-251-8794**  
 地域医療機構金沢病院 健康管理センター 行き