

# 定期健康診断受検申込依頼書 兼 受検証明書

(   /   )

事業所名		医療機関名					
代表者名		代表者名					
NO	会員番号	フリガナ氏名	生年月日	健診項目	健診希望日	健診実施日	医療機関 確認印
			(健診受検日当日の年齢)				
1		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
2		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
3		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
4		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
5		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
6		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
7		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
8		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
9		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			
10		-----	T・S・H   ・   ・   (   )	A   ・   B			

○ハートピア会員事業所様は太枠内を記入・押印し医療機関にお申込みください。  
 ○医療機関様は健診後に以下をお願いいたします。  
 1. 健診項目の相違がないか確認のうえ、成人健診一般健診の健診実施日を記入、医療機関確認印の押印。  
 2. 医療機関名、代表者名を記入のうえ、社判または、代表者印を押印。  
 3. ハートピア会員事業所に本書をお返しください。

A:成人健診    人    B:一般健診    人

※A:成人健診は血液検査及び心電図を含むものと定義していただきます。(含まない健診はB:一般健診)

●コピーしてご利用ください。

公益財団法人厚木市勤労者福祉サービスセンター