

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)

公益財団法人厚木市勤労者福祉サービスセンター

●コピーしてご利用ください。