

移動健康相談事業受診申込書
＜所属支部主催会場受診用＞

令和7年 月 日

所属支部長 殿

所属支部 _____

事業者名 _____

住 所 _____

T E L _____

F A X _____

担当者名 _____

下記のとおり、定期健康診断を受診したいので申し込みます。

記

1. 開催日 令和7年 月 日 ()
2. 会場名 _____
3. 会場番号 No. _____
4. 受診申込者数 _____ 名
5. 健診結果 高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）第27条の3並びに4に基づき、
保険者に提供します。

整理番号	氏名	性別	年齢	業 務	処 理 欄
1					
2					
3					
4					

