

## 人間・脳ドック利用申込書（FAX用）

事業所名：  
\_\_\_\_\_担当者名：  
\_\_\_\_\_連絡先：  
\_\_\_\_\_

利用券送付希望先（自宅・事業所）

※ 事業所で巡回健康診断の実施（未受診・受診予定・受診済）

医療機関名					
利用コース					
利用年月日	令和 年 月 日（曜日）				
（フリガナ）					男・女
利用者氏名	-----				
被保険者証	記号		番号		本人・家族
生年月日	昭和 年 月 日				
住所	〒 _____  TEL : _____ ( )				
事業所名					
組合名	千葉県機械金属健康保険組合				
所在地	〒260-0016 千葉市中央区栄町36-10 TEL : 043 (201) 1251 (代) FAX : 043 (201) 1252				

※ 利用年月日の2週間前までにお申し込みください

※ 利用申込書は、FAXまたは郵送いずれか一方で送付してください

※ 利用コースは、『人間ドック・脳ドック等契約医療機関一覧』を参考記入してください