

受 付 年 月 日

【企業(健保用)】 (様式25)

特定健康診査申込書 (令和6年度)

空欄に記入してください。
健診日の3週間前までに提出してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ 氏 名	姓	名	性別
			男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住 所	〒		
電話番号(自宅)	()	種 別	被保険者 被扶養者
(FAX)	()		
(携帯)	()		
保 険 者	名 称		
	番 号		
保 険 証 記号・番号	記号	番号	
特定健康診査 受 診 券	整理番号		
	有効期限	令和	年 月 日
備 考			
希望健診日	令 和	年 月 日	

- ※ 1. 必ず、受診券（写し）及び健康保険証（写し）を添付してください。
2. 当日、午後の面談は必須となります。（時間指定はお受けできません）

小牧市民病院健診センター

※下段は、健診センターで使用

基本部分	詳細部分（貧血検査・心電図検査・眼底検査・クレアチニン及びeGFR）
------	------------------------------------