

事業所記号 [ ]

(大阪ニット健保 保健医療センター用)

証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	種別 (健診コース)	備考
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	
		男 女	昭和・平成 年 月 日	本人 家族	人間ドック A1・A2	

1. 人間ドックと定期健診は各々に申込書を作成してください。
2. 健診日時については、後日担当者あてにご連絡いたします。
3. 事業所記号・証番号、健診コース(○で囲む)等、記入もれのないようお願いいたします。
4. 人間ドックについては、**35歳以上**の方を対象としておりますので、記載されている生年月日の確認をお願いいたします。(昭和59年3月31日以前に生まれた方を35歳以上とします)
5. A1コース、A2コースとも年齢制限はございませんが、平成30年度内に35歳に達する方は、A2コースを受診されますようお願いいたします。

上記のとおり申し込みいたします。

平成 年 月 日

〒

所在地

事業所名

T E L

担当者

## 【申込先】

大阪ニット健康保険組合 保健医療センター FAX 06-6243-6858  
〒541-0056 大阪府中央区久太郎町3-1-6