

# 中央建設国保 健康診断 申込書

組合員保険証記号		
90	3502	柳井支部

- 受診希望日：別紙「集団健診日程一覧表」参照。 ※複数人の場合「同上」と記載可
- 石綿(アスベスト)健診：40歳以上の中建国保加入ご本人と中建国保加入の60歳以上のご家族が対象。
- 特殊健診／血液追加オプション検査は検査項目名を記入。  
(別紙「特殊健診項目一覧」「血液追加オプション検査表」を参照。)

**申し込み締切：健診3週間前必着**  
**※1月10日(日)の健診は12月11日(金)締切**

「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」をご確認ください

希望欄に「○」を記入  
 希望日／地区名を記入

検査名称を記入

保険証番号	カナ氏名・氏名・生年月日・性別	送付先・電話番号	受診希望日 ／地区	石綿 (アスベスト)	インフルエンザ 予防接種	乳がん 検診	子宮 がん 検診	特殊 項目名	血液追加オプ ション検査名
記入例 1111 ※4桁で記入	カミホン タロウ	自宅・会社 ※会社宛の場合は下欄会社名も記入 会社名 株式会社●●● 〒753-0000 住所 山口市吉敷下東●丁目●番地	10月10日 山口	○	○			11.キシレン 37.トルエン	男性用マーカセット アレルギー検査D
	見本 太郎				11月11日 吉南	月 日			
	S (H) 1999年10月10日	TEL 080-0000-0000							
※4桁で記入	カミホン	自宅・会社 ※会社宛の場合は下欄会社名も記入 会社名 住所 〒	月 日			月 日	月 日		
※4桁で記入	S・H	TEL							
※4桁で記入	カミホン	自宅・会社 ※会社宛の場合は下欄会社名も記入 会社名 住所 〒	月 日			月 日	月 日		
※4桁で記入	S・H	TEL							
※4桁で記入	カミホン	自宅・会社 ※会社宛の場合は下欄会社名も記入 会社名 住所 〒	月 日			月 日	月 日		
※4桁で記入	S・H	TEL							
※4桁で記入	カミホン	自宅・会社 ※会社宛の場合は下欄会社名も記入 会社名 住所 〒	月 日			月 日	月 日		
※4桁で記入	S・H	TEL							