

(様式 1)

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 8 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 8 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					

整理番号	氏 名	性 別	年 齡	業 務	処 理 欄
5					
6					
7					
8					
9					
1 0					
1 1					
1 2					
1 3					
1 4					
1 5					
1 6					
1 7					
1 8					
1 9					
2 0					
2 1					
2 2					
2 3					
2 4					
2 5					
2 6					
2 7					
2 8					
2 9					
3 0					