

(様式2)

移動健康相談事業受診申込書
＜他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					