

全日本理美容健康保険組合

年 月 日

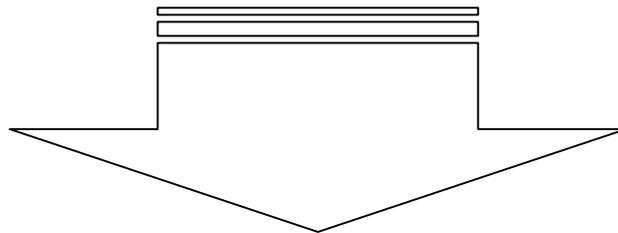
特定健診 受診申込書

受診希望医療機関名	電話番号
	()

保険証の記号	氏名	性別	生年月日
		男 女	年 月 日
保険証の番号	住所	電話番号	
	〒	()	

市区町村の実施する特定健診の受診をご希望の場合、かならずこちらの申込書を理美けんぽまでFAXにてお送りください。社会保険に加入していても受診が可能かどうか市区町村へご確認のうえ、お申込ください。

FAX送付先：03-5652-5757



* 組合使用欄

資格確認	受診券送
/ 済	/ 済
担当者	担当者

全日本理美容健康保険組合

電話：03-6661-6106