

〈集合契約健診専用〉

受診券発行依頼書 【FAX：042-468-4653】

* 40歳以上の方専用です。

ご記入日 月 日

▼ご予約内容をご記入ください

健診機関	健診機関名				
	所在地		都道府県		市区町村
	受診日 (受診予定日)	年 月 日			

▼受診者情報をご記入ください

受診者	フリガナ			保険証 記号		保険証 番号	
	氏名						
	生年月日	年	月	日	年齢	歳	
	住所	〒 -					
	電話番号	- -					

▼いずれかの方法でお送りください

被保険者経由 社内便	シチズン東京事業所 南3-3F シチズン健康保険組合 宛
F A X	0 4 2 - 4 6 8 - 4 6 5 3
郵 送	〒188-8511 東京都西東京市田無町6-1-12 シチズン健康保険組合 ^{カンノ} 菅野 宛

* 受診券は受診者情報欄に記載の住所に送付いたします。

* 冊子でご案内の健診（施設健診・巡回健診）の受診券発行依頼書・予約申込書は冊子に掲載しています。この受診券発行依頼書を送っていただいても受診できません。