健診機関様名

申込日　　平成　　年　　月　　日

御中

健康診断　予約・申込の件

FAX:(　　)　　－
TEL:(　　)　　－

下記の通り健診の予約・申込を致しますので、「健診日を確定」の上郵送にて
ご回答をお願いします。日程に不都合のある場合は、本人と直接に調整後、
事業所様までご通知をお願いいたします。

事業所記号
事業所住所
事業所名
Tel
Fax
担当者

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	生年月日 年齢	〒 続柄 住所	電話（市外局番から）	コース	オプション	第1希望日	第2希望日	決定日	受診者負担金

中部アイティ産業健康保険組合　TEL 0584-75-1411　Fax 0584-83-7466

健診機関様名

平成　　年　　月　　日

御中

健康診断　予約取消の件

FAX:(　　)　　－
TEL:(　　)　　－

事業所記号
事業所住所
事業所名
Tel
Fax
担当者

下記の者、都合により健診を取消させていただきますので ご連絡いたします。

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	生年月日 年齢	〒 続柄 住所	電話 (市外局番から)	コース	オプション	健診予定日	備考

中部アイティ産業健康保険組合　TEL 0584-75-1411　Fax 0584-83-7466