

2024年度 河北新報健保組合(社員)
深夜業健診 FAX申込書

- 下記枠内にもれなく必要事項をご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
- FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから連絡がない場合は、FAX送信エラーの可能性がございますので、健診予約受付センター0800-9199-023までご連絡ください。

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

申込日	2024年	月	日	FAX	ベネフィット・ワン 健診予約受付センター行 0800-9199-030											
フリガナ																
(被保険者)氏名																
所属会社					所属部署											
保険証	※右詰めでご記入ください。															
	記号				番号											
フリガナ					性別	男・女										
受診者氏名(自署)																
生年月日	昭和 平成		年(西暦)	19 20		年		月		日						
電話番号	自宅	—				—				連絡の つきやすい 時間帯	□10~12時 □12~18時 □18~21時 □ ~ 時					
日中連絡先	☐ 携帯	☐ 勤務先	—				—									
現住所	〒 -															
予約確認書(受診券) 送付先住所	〒 -															
□同上(現住所と送付先住所が同じ場合はチェックください)																
受診希望コース	深夜業健診(いずれか1つ) ※印刷職場の方は騒音検査付きとなります															
	☐ 深夜業健診					☐ 深夜業健診兼騒音検査										
※オプション検診はありません																
希望健診機関	第①希望	コード						健診機関名								
(健診機関リストを参照のうえ、 受診項目毎に第3希望まで ご記入ください)	第②希望	コード						健診機関名								
	第③希望	コード						健診機関名								
希望日	予約は申込日より2週目以降の日程でお申込みください。															
(受付時間は 健診機関指定時間 となります)	第①希望			月		日		曜日	第④希望			月		日		曜日
	第②希望			月		日		曜日	第⑤希望			月		日		曜日
	第③希望			月		日		曜日	第⑥希望			月		日		曜日
その他	ご都合のつかない 曜日	月・火・水・木・金・土・日					手配優先 順位	☐ 希望日 ☐ 健診機関								
	ご都合がつかない 月日	月 日 / 月 日 / 月 日						※いずれかを優先し予約いたします。								

- FAX送信の際は、必ずFAX番号をご確認の上ご送信ください。
- また、ご記入されたFAX申込書の控えを保管ください。
- 本申込書1枚につき、1名分のお申込みとなります。
- 健診機関の空き状況によっては、ご希望に沿えない場合があります。