

二次検査申込書

令和 年 月 日

記 号	事 業 所 名		担当者名		電話番号	
番号	フリガナ	二次検査予定日	番号	フリガナ	二次検査予定日	
	氏 名			氏 名		
		R 年 月 日			R 年 月 日	
番号	フリガナ	二次検査予定日	番号	フリガナ	二次検査予定日	
	氏 名			氏 名		
		R 年 月 日			R 年 月 日	
番号	フリガナ	二次検査予定日	番号	フリガナ	二次検査予定日	
	氏 名			氏 名		
		R 年 月 日			R 年 月 日	
番号	フリガナ	二次検査予定日	番号	フリガナ	二次検査予定日	
	氏 名			氏 名		
		R 年 月 日			R 年 月 日	
番号	フリガナ	二次検査予定日	番号	フリガナ	二次検査予定日	
	氏 名			氏 名		
		R 年 月 日			R 年 月 日	
番号	フリガナ	二次検査予定日	番号	フリガナ	二次検査予定日	
	氏 名			氏 名		
		R 年 月 日			R 年 月 日	

上記のとおり検診料_____名分 _____円

合計_____円を（ 現金・振込 ）にて申し込みます。

振込手続日 令和 年 月 日

受 付 年 月 日	領 収 印	振込銀行 りそな銀行大阪営業部 名 義 オオサカキンゾクトンヤケンコウホケンクミアイ 大阪金属問屋健康保険組合 口座番号 普通預金 5 1 2 3 6 1 4

※検査項目が血圧のみの方は、二次検査の費用は不要です。（FAX：06-6271-0654）

※二次検査をご希望の方は、申込書に必要事項をご記入の上、健診日までにFAXをお願いします。

※お支払いは、二次検査当日、窓口にて現金払い又は、検査日までに指定の口座にお振込みをお願いします。