

集 団 検 診 申 込 書

集団検診の受診を下記のとおり申し込みます。

千葉県農協健康保険組合 様

事業所名称 _____

記

No.	被保険者証 記号番号	被保険者氏名	受診者氏名	年齢	続柄	同意 認印	希望検診 会場の番号
1	—						
2	—						
3	—						
4	—						
5	—						
6	—						
7	—						
8	—						
9	—						
10	—						
11	—						
12	—						

(注)検診会場は、日程表の中から希望する会場を選び**番号のみ**で記入してください。