

2022年度 八戸法人会健康診断優待制度 プレミアムドック受診申込書

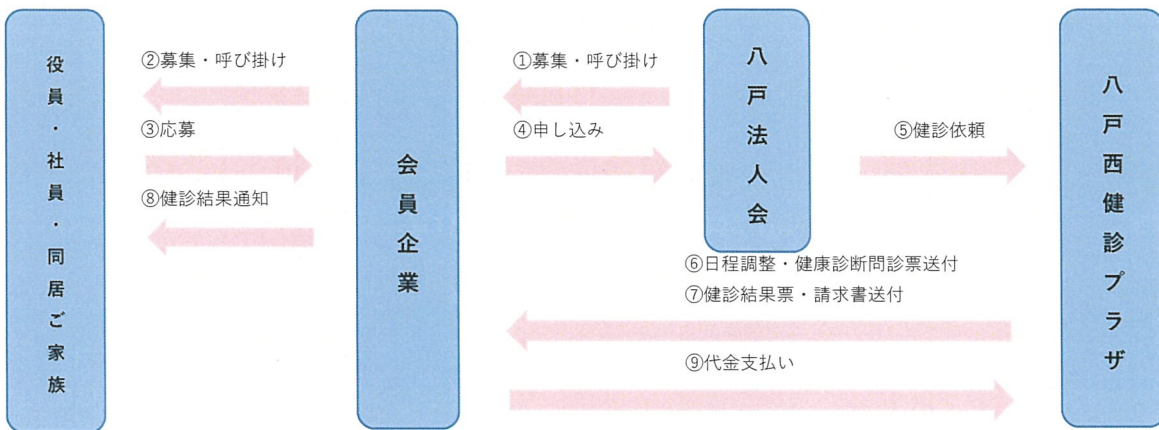
記入日： 月 日

フリガナ 事業所名			
所在地	〒		
連絡先	電話 FAX	御担当者 氏名	
支払方法	<input type="checkbox"/> 当日支払い（現金またはカード） <input type="checkbox"/> 会社請求		

【全国健康保険協会加入者のみご記入ください】

健康保険被保険証の保険者番号（数字8ケタ）			健康保険被保険証の記号（数字8ケタ）		
フリガナ 受診者名	性別	生年月日	保険証 番号	希望コース	備考
1					
2					
3					

八戸法人会 会員様向け健康診断 制度の仕組み



※日程については八戸西健診プラザから御担当者にご連絡いたしますので、その際にお伺いいたします。

お申し込みいただいてから2週間以降の日程のご提案となりますのでご了承ください。

【ご連絡先】 FAXにてお申し込み下さい
 公益社団法人八戸法人会 FAX：0178-45-2419
 (TEL：0178-45-0107)