

白鳥健診受診利用券交付申請書

年 月 日

(一財) 米子市勤労者福祉サービスセンター 様

事業所名 _____

事業主名 _____ 印

白鳥健診を受診しますので、受診利用券の交付を申請します。

事業所番号				電話番号		担当者		
会員番号				会員名		保険の種類 (○をしてください)	健診機関	健診日
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/
						・協会 (本・家) ・国保 ・その他		/

※受診者が多い場合は、各種健診名簿もご利用ください。

処 理	事務局長	合 議	担 当	入 力

受 付 印

・受診されなかった方の利用券は、すみやかにご返送ください。