

送付先FAX 03-3988-2035 (オリエンタルクリニック 宛)

オリエンタルクリニック申込書 (記入見本)
(フレンドリーげんき健康診断補助利用)

(事業所所在地)

〒 170 - 0011
豊島区池袋本町4-36-1

(事業所名称)

株式会社フレンドリー

△年 ○月 ○日

協会けんぽ被保険者証の 保 険 者 番 号 〇〇〇〇〇〇〇〇		協会けんぽ被保険者証 の記号 〇〇〇〇〇〇〇〇		担当者名 豊島 愛子		電話番号 03-5961-0520	FAX番号 03-5961-0522	
No	協会けんぽ 保険証 番号	フレンドリーげんき 会員番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	希望するどちらかの健診を ○で囲んでください オリエンタル クリニック	受 診 日	備 考
1	〇〇	11-000000-000	トシマ タロウ 豊島 太郎	男・女 男・女	○年 ○月 ○日	一般診	R △年△月△日	
2	〇〇	11-000000-000	トシマ アイコ 豊島 愛子	男・女 男・女	○年 ○月 ○日	一般診	R △年○月○日	
3				男・女 男・女	S又はHの どちらか該 当に○をし てください。	一般診		受診日はお客様とオリエン タルクリニックとで相談のう え決定します。 まずは、オリエンタルクリ ニックへお問い合わせくださ い。
4				男・女 男・女	S・H	一般診	R 年 月 日	
5				男・女 男・女	S・H	一般診	R 年 月 日	
6				男・女 男・女	S・H	一般診	R 年 月 日	

送付先FAX 03-3988-2035 (オリエンタルクリニック 宛)

オリエンタルクリニック 申込書
(フレンドリーげんき健康診断補助利用)

年 月 日

(事業所所在地)

(事業所名称)

〒 _____

協会けんぽ被保険者証の 保 険 者 番 号	協会けんぽ被保険者証 の記号
_____	_____

担当者名 _____

電話番号 _____ FAX番号 _____

No	協会けんぽ 保険証 番号	フレンドリーげんき 会員番号	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日	希望するどちからの健診を ○で囲んでください		受 診 日	備 考
						オリエンタル クリニック	協会けんぽ		
1		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	一 般 診	R 年 月 日	
2		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	一 般 診	R 年 月 日	
3		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	一 般 診	R 年 月 日	
4		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	一 般 診	R 年 月 日	
5		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	一 般 診	R 年 月 日	
6		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	一 般 診	R 年 月 日	