

抽 選 申 込 書

〈抽選申込期間内に、この用紙を健診センターへお持ちいただくか、郵送してください。〉
太枠の中をご記入ください

申込日	令和 年 月 日	申込コース	・生活習慣病予防健診 (協会けんぽの団体) ・日帰りドック (健保組合の団体、 個人で44,000円の方など)
第1希望日	令和 年 月 日	※ ご希望に添えない場合もございますので、 こちらをご記入ください。	
第2希望日	令和 年 月 日	令和____年____月中の (初旬・中旬・下旬・いつでもよい)で、 (月・火・水・木・金)曜日を希望	
第3希望日	令和 年 月 日		
第4希望日	令和 年 月 日	胃検査の希望	胃カメラ ・ バリウム ・ なし

フリガナ		当健診センター ご利用歴	ある ・ ない
氏名		診察券番号 (お持ちの方のみ)	
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒 _____ (郡) 市区町村		
電話(自宅)	_____	電話(携帯)	_____

(注意)前橋市国民健康保険・後期高齢者医療の方へ
こちらは、前橋市の助成金(受診シール)を使った人間ドックのご予約ではありません。

保険証 情報

保険者名称	・協会けんぽ (支部名: 支部)	・健康保険組合 (名称: 健保組合)	・国保 (市町村名:)
保険者番号			
記号	番号		
事業所名称			

※抽選申込期間:令和2年4月1日~令和2年12月28日締切必着

※抽選日:令和3年1月5日(火)

※当選者の発表は当選ハガキをもってかえさせていただきます。

当選ハガキは、令和3年1月15日(金)に発送します。

前橋赤十字病院 健康管理センター

切り離して、封筒の宛先用として
お使いいただけます。



〈宛先〉

〒371-0811

群馬県前橋市朝倉町389番地1

前橋赤十字病院 健康管理センター 予約係