

ジョイメイト受診補助券交付申請書

年 月 日申込

事業所名		事業所番号	ジョイメイト受付印
事業主名			
担当者	電話番号	- -	

会員番号	会 員 名	健 診 機 関	健診予定日		会員番号	会 員 名	健 診 機 関	健診予定日
1			/		11			/
2			/		12			/
3			/		13			/
4			/		14			/
5			/		15			/
6			/		16			/
7			/		17			/
8			/		18			/
9			/		19			/
10			/		20			/

※この受診補助券は、『健診実施機関一覧』に記載のある健診機関でご利用いただけます。

なお、『健診実施機関一覧』は、ガイドブック、又はホームページでご確認ください。

※受診日当日は、必ず受診補助券を受付に提出してください。

提出されない場合は、一旦全額支払わなければならない場合がありますのでご注意ください。

処 理	局 長	次 長	主 幹	担 当	入 力