健診申込書

令和　　年　　月　　日

お申込みいただくにあたり、下記基本情報をご記載の上、当院にFAX（011-894-7657）または郵送いただきますようお願いします。
なお、健診申込書にて予約状況の確認が出来次第、担当者よりお電話にてご連絡させていただきます。
ご不明点等ございましたら、TEL011-894-7070　健康診断担当者までお問合せください。

★ 事業所様情報

事業所様名　　ご担当者様名

〒
ご住所

電話番号　　―　　―　　FAX　　―　　―

受診コース
① 協会けんぽ生活習慣病予防健診（胃バリウム検査）［￥5,500］
② 協会けんぽ生活習慣病予防健診（胃内視鏡検査）［￥8,800］ ※経口・経鼻の希望に○を付けてください
③ 若年健診［￥2,500］
④ 節目健診［￥2,780］
⑤ 定期健康診断（35歳未満）［￥9,900］ ※労働安全衛生規則第44条による定期健診
⑥ オプション検査

※ 子宮頸がん検診・乳がん検診をご希望の方は「受診希望コース等」欄に記入してください。
当院にて予約、委託代行機関にて検査を受けていただきます。

保険者番号	記号

番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診希望日 （第1・2希望）	受診コース	オプション・備考
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	
		男・女	S・H　年　月　日	月　日 月　日	経口・経鼻	