健診申込書

令和　　年　　月　　日

お申込みいただくにあたり、下記基本情報をご確認いただき記載の上、

当院にFAX(FAX番号011-894-7657)または郵送いただきますよう、よろしくお願いします。

なお、FAX到着後に確認出来次第、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

事業所名　　ご担当者名

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)（￥7,169）
② 協会けんぽ生活習慣病予防健診(胃内視鏡検査)（￥10,469）※経口・経鼻の希望に○を付けてください
③ 協会けんぽ生活習慣病予防健診　＋　α(具体的に)
④ 事業所健診

必要検査項目をご記入ください。

※ 子宮頸がん・乳がん検診(当院での検査は行っておりませんので、委託代行機関へ受診いただきます。)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。

保険者番号	健康保険被保険者証　記号

健康保険被保険者証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診希望日 (第1・2希望)	受診希望コース　等
		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