

<3週間より先のご予約用>

健康診断申し込み用紙(ボールペンでご記入ください)

事業所のご担当者様よりお申し込みの場合はこちらもご記入ください

会社・事業所名	健康保険組合名

ご担当者名	ご連絡先
	— —
お支払方法	窓口にてご精算 ・ 事業所様へご請求
事業所用健診結果控え	要 ・ 不要

(注)オプション検査は、前回受診時と同じでも必ずご記入ください

お名前(ふりがな)		保険証番号(8ケタの番号)			区分	希望コース	希望胃部検査
( )					本人(被保険者)・ 被扶養者		胃X線検査・ 胃カメラ検査
		保険証の記号	番号	枝番	資格喪失予定年月日(任意継続)	希望オプション	
					年 月 日		
年 月 日生	男・女	日中ご連絡可能な連絡先		( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 )			
		— —		— —			
希望日時	第一希望	月 日( 曜日)	時 分	第二希望	月 日( 曜日)	時 分	第三希望 月 日( 曜日) 時 分
問診票の送付先	( 自宅 ・ 勤務先 ・ 事業所担当者様宛 )				健診結果の送付先	( 自宅 ・ 勤務先 ・ 事業所担当者様宛 )	
〒 -					〒 -		

お名前(ふりがな)		保険証番号(8ケタの番号)			区分	希望コース	希望胃部検査
( )					本人(被保険者)・ 被扶養者		胃X線検査・ 胃カメラ検査
		保険証の記号	番号	枝番	資格喪失予定年月日(任意継続)	希望オプション	
					年 月 日		
年 月 日生	男・女	日中ご連絡可能な連絡先		( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 )			
		— —		— —			
希望日時	第一希望	月 日( 曜日)	時 分	第二希望	月 日( 曜日)	時 分	第三希望 月 日( 曜日) 時 分
問診票の送付先	( 自宅 ・ 勤務先 ・ 事業所担当者様宛 )				健診結果の送付先	( 自宅 ・ 勤務先 ・ 事業所担当者様宛 )	
〒 -					〒 -		

内容確認後、順次、当院よりお電話にて予約確定日のご連絡をいたします。しばらくお待ちください。