



FAX 0853-73-7141

TEL 0853-73-7140

健康診断 申込書

※太枠内をご記入下さい。

個人負担金 支払い方法	すべて個人(窓口)支払い
	すべて事業所へ請求
	一般健診負担金(5,500円) のみ事業所へ請求
事業所用結果の送付	必要 ・ 不要

事業所名	担当者氏名	
事業所住所	※健診案内・結果表・請求書はすべて事業所住所へ送付いたします	
	TEL	
	FAX	

※協会けんぽ健診をご希望の事業所様へ

協会けんぽ健診(Kコース)をご利用される事業所様は保険者番号・記号・番号の欄へのご記入を願ひ致します。

保険者番号	
記号	

健診コース	(K) 協会けんぽ一般健診(35歳以上の協会けんぽ被保険者)
	(A) 当院Aコース健診40歳未満(35歳を除く)
	(B) 当院Bコース健診35歳と40歳以上
	(H) 共済(ジョイメイト)健診
	(N) 斐川生協人間ドック

※胃カメラ、胃透視検査、ジョイメイト使用、付加健診、乳がん子宮がん検査等希望の方は希望される項目へ○印をお願いします。

受付時間: ◆午前: 8:30~10:30(平日・第1.3土) ◆午後: 13:00

例	氏名	性別	生年月日	年齢	保険証 番号	コース	ジョイメイト 使用	胃カメラ		胃透視	協会けんぽ			備考 (旧姓・希望など)	受診日		案内送 付日
								鼻カメラ	ロカメラ		乳がん	子宮がん	節目		月/日	AM PM	
	ひかわ たろう 斐川 太郎	男 女	S22.2.2	36 歳	55	K	○	○							4/22	PM	
1		男 女															
2		男 女															
3		男 女															
4		男 女															
5		男 女															
6		男 女															
7		男 女															
8		男 女															
9		男 女															
10		男 女															
11		男 女															
12		男 女															
13		男 女															
14		男 女															
15		男 女															

※ご記入頂いた個人情報は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します。その取り扱いには細心の注意を払っています。