

生活習慣病予防健診 予約申込書

鎌田内科クリニック 健診データ担当者

TEL:019-636-1725 FAX:019-635-2918

年 月 日

支払方法(○で囲んで下さい)

会社請求・本人支払

※左記と連絡先が別の場合は記入して下さい。(支店、営業所等)

※便検査キットを郵送します。郵送先が別の場合の住所を記入して下さい。(個人宅等)

事業所所在地	〒 -	所在地	〒 -	所在地	〒 -
事業所名称		支店名 営業所名		氏名	
担当者名		担当者名		備考欄	
電話番号		電話番号			
FAX 番号		FAX 番号			

※受診予定日は当院へご連絡の上、日程調整を行い、受診日を確定したものを記入下さい。予約申込書は受診日の3日前までに当院へご提出をお願いします。健診結果は14日後に郵送となります。会社宛の領収書が必要な際は備考欄へ記載をお願いします。また、ご希望等ございましたら摘要欄へお願いします。

※胃カメラ・麻酔・肝炎ウイルス検査を受診する場合は○で囲んでください

※記入しないで下さい

健康保険被保険者証 保険者番号		健康保険証・記号								
健康保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診予定日	健診	有料変更可 検査	併用健診	結果郵送日		
①			S・H 年 月 日	R 年 月 日	一般健診	胃カメラ 麻酔	肝炎ウイルス 検査	R 年 月 日		
②			S・H 年 月 日	R 年 月 日	一般健診	胃カメラ 麻酔	肝炎ウイルス 検査	R 年 月 日		
③			S・H 年 月 日	R 年 月 日	一般健診	胃カメラ 麻酔	肝炎ウイルス 検査	R 年 月 日		
④			S・H 年 月 日	R 年 月 日	一般健診	胃カメラ 麻酔	肝炎ウイルス 検査	R 年 月 日		
⑤			S・H 年 月 日	R 年 月 日	一般健診	胃カメラ 麻酔	肝炎ウイルス 検査	R 年 月 日		
⑥			S・H 年 月 日	R 年 月 日	一般健診	胃カメラ 麻酔	肝炎ウイルス 検査	R 年 月 日		
⑦			S・H 年 月 日	R 年 月 日	一般健診	胃カメラ 麻酔	肝炎ウイルス 検査	R 年 月 日		