

生活習慣病予防健診 予約申込書

年 月 日

鎌田内科クリニック 健診データ担当
TEL:019-635-1725 FAX:019-635-2918

クリニック 記入欄	書類一式 郵送日	年 月 日	担当者
--------------	-------------	-------	-----

★印は必須項目です。
記入漏れがないようご注意ください。

【 事業所情報 】		【 健診に関する連絡先、書類郵送先 】 ※左記事業所と別の場合にご記入下さい。			【健康 保険 証情報】	★区分	※○で囲んで下さい。 一般 任意継続		
★フリガナ	_____	支店名/ 営業所名				保険者 番号	※8桁の番号を記入して下さい。		
事業所名	_____	氏名							
事業所 所在地	〒 -	所在地	〒 -			記号			
担当者名		電話番号			【備考欄】	※ご希望等は、こちらの欄に記入して下さい。			
電話番号		支払方法	※○で囲んで下さい。						
FAX番号			本人 請求	会社 請求		会社宛 領収書	不 要	必 要	

《注意事項》

※下記の受診予定日は当院へご連絡の上、日程調整を行い、確定した日付をご記入下さい。ご予約確定後、本申込書を当院へご提出下さい。

※健診結果は、14日後に完成となります。また、健診結果の郵送を希望される場合は、別途料金を頂きます。(¥430~600)

※胃カメラ(有料)、麻酔(有料)、肝炎ウイルス検査を受診する場合は、下記の該当項目を○で囲んで下さい。

健康保険証 番号	★フリガナ 氏名	★性別	★郵便番号 (本人居住地)	★生年月日	受診予定日	有料変更可 検査	併用検査	クリニック記入欄 結果郵送日
①		男・女	〒 -	年 月 日	年 月 日	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
②		男・女	〒 -	年 月 日	年 月 日	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
③		男・女	〒 -	年 月 日	年 月 日	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
④		男・女	〒 -	年 月 日	年 月 日	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
⑤		男・女	〒 -	年 月 日	年 月 日	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日