

生活習慣病予防健診 予約申込書

クリニック 記入欄	年 月 日	担当者	㊟
--------------	-------	-----	---

申込日 年 月 日

★印は記入必須項目です。 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 】 ※左記と別の場合にご記入下さい。		【健康保険 証情報】	※下記を○で囲んで下さい。			
★フリガナ		支店名／ 営業所名			★区分	一般	任意継続	
事業所名		担当者名				保険者 番号	※8桁の番号を記入して下さい。	
★事業所 所在地	〒	所在地	〒					
★担当者名		電話番号	()		記号			
★電話番号	()	【 お支払方法 ・ 結果受取方法 】 ※下記を○で囲んで下さい。			【 備考欄 】 ※ご希望等は、こちらにご記入ください。			
FAX番号	()	お支払方法	本人請求	会社請求				
		会社宛領収書	必要	不要				
		結果受取方法	直接来院	郵送(有料)				

《 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。

※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。

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

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