

健診申込書

会社名		担当者	
住所	〒	電話番号	()
		FAX番号	()

問診票郵送先		※結果郵送先	
自宅	会社	自宅	会社

※会社へ結果郵送の場合、同意書が必要になります。

任意の同意書でかまいませんので健診部までFAXしてください。

保険者番号(8ケタ)		記号	番号								
フリガナ		性別	生年月日		健診コース				受診日	備考欄	
氏名					協会けんぽ		協会けんぽ以外				
		男 女	昭和 平成	年 月 日	一般健診	一般健診 + 付加健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診	定期健康 診断	Eドック	令和 年 月 日 ()
自宅住所					〒						
ご連絡先		()									

※オプション項目やキャンセル項目などがある場合は、備考欄にご記入をお願い致します。

社会医療法人社団 愛有会 久米川病院 健診部
TEL:042-397-8811 FAX:042-397-1322