

健康診断・人間ドック申込書

事業所名		ご担当者	
所在地	〒	TEL	
案内送付先	〒	FAX	
結果送付先	〒		
お支払い方法	当日支払い・会社請求	会社請求の場合送付先	〒
結果控え	有 ・ 無	結果控え送付先(有の場合)	〒
保険者番号	健康保険証の記号		

申込日 月 日
送付枚数
(本ページ含み)

枚

* 希望コースに○をしてください。

年齢対象外で節目健診希望の方は自費と記入

当院での健診終了後、ご移動いただきます。
④のみ→水曜日除く(たけうちクリニック)
⑤のみ→木曜日(はやし産婦人科)
④+⑤→木曜日(はやし産婦人科)

健康保険証の番号	フリガナ		性別	生年月日 ()歳:今年度年齢	協会けんぽ					当院健康診断コース	当院人間ドックコース	追加オプション・備考等	希望日		
	氏名				①一般 (35~74歳)	②節目 (40,45,50,55,60,65,70歳)	③若年 (20,25,30歳)	④乳がん (40~74歳の偶数年齢女性)	⑤子宮がん (20~74歳の偶数年齢女性)				第1	第2	
【例】 12345	コウノス	ハナコ	男・女	S・H(59)年 5月1日 (42)歳	胃バリウム 胃カメラ 胃検査なし				○	○	定健1 定健2 雇入時	基本項目 ABC 胃バリウム 胃内視鏡	一般健診以外の胃カメラ差額・乳がん・子宮がん分は本人当日支払いになります	4/9 (木)	4/16 (木)
個人住所・電話番号(自宅郵送又は婦人科検診希望の方は記入必須): 〒365-0027 埼玉県鴻巣市上谷2073-1 TEL:048-541-7737															
			男・女	S・H()年 月 日 ()歳	胃バリウム 胃カメラ 胃検査なし						定健1 定健2 雇入時	基本項目 ABC 胃バリウム 胃内視鏡			
個人住所・電話番号(自宅郵送又は婦人科検診希望の方は記入必須): 〒 TEL:															