

送信日： 年 月 日

FAX 送信先：048-959-5022

受診者情報

氏名

ふりがな

生年月日 昭和・平成 年 西暦 年 月 日

性別 男 女

住所 〒

電話番号 *連絡の取れる番号を記載してください

健診種別 (いづれかに✓)

 協会けんぽ健診*協会けんぽ健診は胃検査を選択 バリウム 内視鏡 (胃カメラ) ¥3,300 追加 企業 A 健診 企業 B 健診 企業 C 健診 企業 D 健診

*協会けんぽ健診は以下の健康保険情報を記入してください

保険者番号

記号 番号

勤務先情報 *個人でお申し込みの場合は記載不要です

会社名

会社住所 〒

電話番号

担当者氏名

お支払方法 (該当するものに✓)

 窓口払い 会社請求

健診キット送付先 (該当するものに✓)

 窓口受取 自宅郵送 会社郵送

希望健診日

・第1希望 年 月 日 時頃 ・第2希望 年 月 日 時頃

備考欄

 骨密度検査 (対象年齢 ¥430 対象年齢以外 ¥1,650)