

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✓)

結果郵送先

☐ 窓口受取 ☐ 自宅郵送 ☐ 会社郵送 ☐ 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)

※個人情報健康診断業務および結果報告以外の目的には使用いたしません