

健康診断申込

池上総合病院 健診センター

FAX 03-5747-1482 (専用)

TEL 0120-70-6081 (フリーダイヤル)

事業所名(フリガナ)	事業所住所 〒	
	電話番号	
ご担当者名(フリガナ)	FAX	
	健康保険組合名	
	保険者番号	記号

※希望健診 ①定期健康診断(B) ②生活習慣病健康診断(一般健診) ③雇入時の健康診断

保険証番号	フリガナ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診	予約希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
		男・女 本・家	T・S・H 年 月 日		① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日

健診をご予約の方へ

- ・必要事項を記入し、健康診断希望日の3週間前までに当健診センターまでにご送付ください。
- ・健康保険の助成金についてご質問がございましたら、当健診センターへご相談ください。
- ・この用紙が当健診センターに届きましたら、健診の予約担当より確認のFAXまたはお電話を差し上げます。
- ・オプションの子宮がん検診は月・火・水・金曜日での実施となりますのでご了承ください。
- ・オプションの乳がん検診は火・金曜日での実施となりますのでご了承ください。