

健康診断申込書

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 |

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

| 保険証番号 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | ※希望健診番号 | オプション希望に☑ | 受診希望日 |
|-------|------|-------|-----------|---------|---|-------|
| | 受診者名 | 本人・家族 | | | | |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |
| | | 男・女 | T · S · H | | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 他() | ① 月 日 |
| | | 本・家 | 年 月 日 | | | ② 月 日 |

健康診断をご予約の方へ

- ・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。
- ・オプションの婦人科(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。