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（ﾌﾘｶﾞﾅ）	事業所住所 〒	
	電話番号	
ご担当者名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	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	ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診番号	オプション希望に☑	受診希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年　月　日		□内視鏡 □婦人科 □乳がん □他（　　）	①　月　日 ②　月　日
保険証番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診番号	オプション希望に☑	受診希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年　月　日		□内視鏡 □婦人科 □乳がん □他（　　）	①　月　日 ②　月　日
保険証番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診番号	オプション希望に☑	受診希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年　月　日		□内視鏡 □婦人科 □乳がん □他（　　）	①　月　日 ②　月　日
保険証番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診番号	オプション希望に☑	受診希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年　月　日		□内視鏡 □婦人科 □乳がん □他（　　）	①　月　日 ②　月　日
保険証番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診番号	オプション希望に☑	受診希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年　月　日		□内視鏡 □婦人科 □乳がん □他（　　）	①　月　日 ②　月　日
保険証番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診番号	オプション希望に☑	受診希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年　月　日		□内視鏡 □婦人科 □乳がん □他（　　）	①　月　日 ②　月　日
保険証番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診番号	オプション希望に☑	受診希望日
		男・女 本・家	T・S・H 年　月　日		□内視鏡 □婦人科 □乳がん □他（　　）	①　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）検診は火・水・木・金曜日での実施となりますのでご了承願います。