

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

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			☐内視鏡 ☐婦人科 ☐乳がん ☐他()	
		男・女	T · S · H			① 月 日
		本・家	年 月 日			② 月 日
		男・女	T · S · H			① 月 日
		本・家	年 月 日			② 月 日
		男・女	T · S · H			① 月 日
		本・家	年 月 日			② 月 日
		男・女	T · S · H			① 月 日
		本・家	年 月 日			② 月 日
		男・女	T · S · H			① 月 日
		本・家	年 月 日			② 月 日
		男・女	T · S · H			① 月 日
		本・家	年 月 日			② 月 日
		男・女	T · S · H			① 月 日
		本・家	年 月 日			② 月 日
		男・女	T · S · H			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)検診は火・水・木・金曜日での実施となりますのでご了承ください。