

医療法人 陣内外科専用 生活習慣病予防健診申込書

健診キット・健診結果の送付先(送付先が別の場合、支店・営業所等の場合は右記へ、ご自宅の場合は下記へご記入をお願いします)

(事業所所在地)

所在地 〒

(事業所名称)

支店名等
(営業所名)

申込日 年 月 日

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽから健診費用の一部補助があります。

健康保険被保険者証	健康保険被保険者証
被保健者番号	記号

担当者名 _____ 電話番号 () _____
FAX番号 () _____

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX番号 () _____

※健診料お支払い(どちらかに○をつけて下さい)

当日窓口支払い ・ 振込

健康保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください		一般健診と合わせて受診する場合は ○で囲んでください			健診希望日 (和暦でご記入ください)	送付先がご自宅の場合の住所	備考
				一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診			
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	〒 -	

(注)子宮頸がん単独は今年度35歳以下の偶数年齢のかたが対象となります。

(注)子宮頸がん、乳がん検診は今年度偶数年齢の方が対象となります。

(注)付加健診は今年度40歳・50歳になる方のみ対象です。

(注)74歳の方は75歳の誕生日前までのご受診となります。

(注)当院へFAX送信をされた時点をもちまして貴社が当院の個人情報取扱に同意されたこととなります。また、当院へFAXが届かない際の責任は一切負いかねます。ご了承ください。

医療法人 陣内外科

TEL:072-635-1311

FAX:072-635-9228

