

FAX番号：043-245-8822

健康診断申込書

受診希望日	西暦 年 月 日 () 午前 ・ 午後			
フリガナ			当院受診歴	ID・診察券番号
氏名			あり	外来 健診
			なし	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
年齢	歳	性別	男 ・ 女	
自宅住所	〒			
携帯電話番号			自宅電話番号	
健康保険組合	・協会けんぽ ・関東百貨店健保 ・東京薬業健保 ・東京化粧品健保 健康保険組合			
保険者番号			保険証記号・番号	記号 番号
区分	被保険者（本人） ・ 被扶養者（家族）			
健診コース (契約健保のみ)	生活習慣病健診（A・B）・定期健診・簡易健診		コースに含む 子宮がん検査	(希望・中止)
個人支払 追加希望検査 (予約連絡必須)				
フリガナ				勤務先電話番号
勤務先名称 (家族の方は不要)				
勤務先住所 (家族の方は不要)	〒			
	(結果の郵送先になります)			
支払方法	窓口精算 ・ 会社請求（別途ご連絡いたします）			

【受付時間】 詳しい時間についてはご連絡させていただきます。

※受診希望日は、申込日から2週間先以降でお願いいたします。

※希望日に予約ができない場合は当院より日程調整のご連絡をさせていただきます。ご了承ください。

※指定の検査項目や結果記入用紙がある場合は添付してFAX送信をお願いいたします。

※胃部検査、超音波検査、乳がん検査がある場合はお電話にてご予約ください。

※予約について不明な点がございましたらお電話（043-245-8811）にてお問い合わせください。