

FAX番号：043-245-8822

健康診断申込書

完全予約制になります。【電話 043-245-8811】

必ずお電話にて予約後、FAXを送信してください。

受診希望日	西暦 年 月 日 () 午前 (:) ・ 午後 (:)			
フリガナ			当院受診歴	ID・診療券番号
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 .	枝番
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）
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。

※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。

【協会けんぽ生活習慣病健診を受診される方】

①検査キット、健診結果は自宅発送となります。

②健診結果はご本人用のみの発行となります。

その他ご要望は電話にてご相談ください。