

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。

予約確定日	西暦 年 月 日 () 午前 (:) ・ 午後 (:)		
フリガナ			当院受診歴
氏名			あり
			外来
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
	年齢	歳	性別
自宅住所	〒		
携帯電話番号		自宅電話番号	
健康保険組合	・ 東京薬業健保 ・ 東京化粧品健保 ・ 測量地質健保 ・ 東京証券業健保		
	・ 出版健保 ・ () 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 ・ 定期健診 ・ 簡易健診 ・ 法定健診		
事前予約必須 追加オプション	※ホームページのオプション項目参照（胃内視鏡、脳ドック、肺CTはドックのみ）		
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)		
ご負担金等 支払方法	・ 窓口精算 ・ 会社請求（別途ご連絡いたします）		

※申込日より2~3日以内にFAX送信をお願いします。

※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送信をお願いします。

※予約確定日より2週間前までにFAXの確認が出来ない場合、

日程を変更いただくことがありますのでご了承ください。

その他ご要望は電話にてご相談ください。