

FAX番号：043-245-8822

## 関東百貨店健康保険組合 専用

### 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 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	関東百貨店健康保険組合		
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 (B・B1)・定期健診 (A2)	コースに含む 子宮がん検査	(希望・中止)
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）		
追加オプション 支払方法	窓口精算・会社請求（別途ご連絡いたします）		
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)		

※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。