

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	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（B・B1）・定期健診（A2）		コースを含む 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。