

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診申込み書

ふりがな		生年月日 昭和・平成
受診申込者	男・女	年 月 日
事業所所在地	〒 —	電話番号： — —
都 市 区		Fax 番号： — —
ふりがな		ご担当者名：
事業所名称		

希望する健診に をお願い致します。

一般健診 (バリウム検査込) (7,169 円) 肝炎検査の追加 (+624 円)

付加健診の追加 (+4,820 円)、付加健診については届いたご案内をご参照ください。

バリウム検査を胃部内視鏡検査へ変更 (+6,000 円)

(バリウム検査で気分不快・アレルギー等ある方は内視鏡検査へ切り替え、+6,000 円となります)

健診希望日時をご記入ください

※健診キットの送付・手続き等がありますので申込み日より 2 週間以降での健診となります。

健診の受診可能日は、一般健診は月・木・土曜日。

胃部内視鏡検査ご希望の場合は火曜日と第 1・第 3 日曜日になります。

	希望日	ご希望時間帯
第 1 希望	年 月 日	時頃～ 時頃
第 2 希望	年 月 日	時頃～ 時頃
第 3 希望	年 月 日	時頃～ 時頃

健康保険被保険者証に関してご記入ください

保険者番号	記号	番号

健診キット送付先 (どちらかに○をお願いします)

事業所 ○ 事業所以外 (自宅など)

↓ 事業所以外を希望する場合は記入お願い致します。

送付先：〒 —
送付先宛名：

健診費用の請求先 (どちらかに○をお願いします)

ご本人様 (当日窓口)・事業所様 (後日銀行振り込み)

↓ 本社への請求など、請求先が違う場合はご記入をお願い致します。

ご請求先住所：〒 —
名称：

予約票の FAX 先について (予約確定・確認終わりましたら予約票を FAX 致します。)

事業所以外へ FAX ご希望の方は下記にご記入ください (事業所宛 FAX ご希望の場合は記入不要です)

宛名：	FAX：	TEL：
-----	------	------

ご記入ありがとうございました。大角医院宛に FAX をお願いします。

予約確定後、5 日以内に当院より予約票を FAX 致します。

尚、予約票が届かない場合はお手数ですがご連絡お願い致します。

※当院スタッフ記入欄

カルテ ID	登録確認	予約票 FAX	キット送付	Gstep	受付簿	請求	実施	