

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診 (34歳以下) 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) (18,865円)・・・全額自己負担

※バリウム検査等不要の場合は当申込書ではなく別途お電話にてご予約お願い致します。

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	