

健康診断申し込み用紙

お申込日： _____

| | | | |
|-------|--------|---------|----------------|
| フリガナ | | | 予約希望月（例：5月～6月） |
| 事業所名 | | | ～ |
| 住所 | (〒 -) | | |
| フリガナ | | TEL | |
| ご担当者名 | | FAX | |
| | | ご担当者連絡先 | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|
| 保険者番号 | | | | | | | | | | 保険証記号 | |
| 保険者名称 | | | | | | | | | | | |

▼問診票・結果等送付先 ※誤発送予防のため、極力、窓口は1箇所をお願いいたします。

| | |
|-------------|-----------------------------|
| 問診票・物品送付先 | ※上記と違う場合は記入してください (〒 -) |
| 結果送付先 | ※上記と違う場合は記入してください (〒 -) |
| 会社控え・請求書送付先 | ※上記と違う場合は記入してください (〒 -) |

▼お支払方法

| | |
|--------|---|
| いずれかに○ | 1. 全て個人支払い。 |
| | 2. 全て事業所請求。受診者が当日追加したオプション検査も事業所へ請求。 |
| | 3. 全て事業所請求。 ただし、受診者が当日追加したオプション検査は窓口支払い。 |
| | ※上記に当てはまらない場合はお問い合わせください。 |

▼受診人数

| 希望コース | 人数 |
|-----------------|----|
| 人間ドック | 名様 |
| 定期健診Aコース | 名様 |
| 定期健診Bコース | 名様 |
| 協会けんぽ 生活習慣病予防健診 | 名様 |
| その他 () | 名様 |

▼お問い合わせ先

西日本病院 健診センター

〒861-8034 熊本市東区八反田3丁目20番1号

■TEL：096-380-0540 ■FAX：096-380-0528