

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

受診者名簿 【協会けんぽ生活習慣病予防健診】

お申し込み日 _____

事業所名称・店舗名	店 支店
-----------	---------

※各店舗や支店がある場合は、店舗ごとに名簿のご記入をお願いします。

対象年齢
(40・45・50・55・
60・65・70歳)

対象年齢
(40～74歳迄の
偶数年齢)

対象年齢
(20～74歳迄の
偶数年齢)

No.	保険証番号	希望予約日	氏名		性別 (どちらかに○)	生年月日	年齢	一般 健診	付加 健診	乳がん	子宮 がん	オプション検査・備考
			氏名 (カナ)	氏名 (漢字)								
協会けんぽを利用して受診される方は○を記入												
1					男・女	S・H 年 月 日						
2					男・女	S・H 年 月 日						
3					男・女	S・H 年 月 日						
4					男・女	S・H 年 月 日						
5					男・女	S・H 年 月 日						
6					男・女	S・H 年 月 日						
7					男・女	S・H 年 月 日						
8					男・女	S・H 年 月 日						
9					男・女	S・H 年 月 日						
10					男・女	S・H 年 月 日						