

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
西日本病院 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
協会けんぽ 人間ドック	名様
その他()	名様



西日本病院 健診センター

■TEL:096-380-0540 ■FAX:096-380-0528

■E-Mail : yoyaku_kenshin@nishinippon.or.jp

受診者名簿【協会けんぽ生活習慣病予防健診・協会けんぽ人間ドック】

お申し込み日： _____

事業所名称・店舗名		店 支店	対象年齢 (20・25・30歳)	対象年齢 (40・45・50・55・ 60・65・70歳)	対象年齢 (35～74歳)	対象年齢 (40～74歳迄の 偶数年齢女性)	対象年齢 (20～74歳迄の 偶数年齢女性)
-----------	--	-----------------	---------------------	-------------------------------------	------------------	------------------------------	------------------------------

※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。

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	若年 健診	節目 健診	一般 健診	人間 ドック	オプション			オプション検査・備考
			氏名(カナ)	氏名(漢字)								骨	乳	子宮	
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									