

健康診断申込用紙

送付年月日： 年 月 日

会社名：	担当者：
案内送り先住所： 〒	
結果送り先住所： 〒	
<お支払方法>	
<input type="checkbox"/> 会社請求	請求書送り先住所： 〒
<input type="checkbox"/> 当日会計	<input type="checkbox"/> オプションのみ当日会計
<控えの有無>	
<input type="checkbox"/> 要	控え送り先住所： 〒
<input type="checkbox"/> 不要	

		保険者番号		健康保険証の記号						
健康保険証の番号		フリガナ 氏名		性別	生年月日	単独受診可能	一般健診と併せて 受診できます			備考
				男女		一般健診 子宮頸がん 検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん 検診	健診予定日 令和 年 月 日
				男女		一般健診 子宮頸がん 検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん 検診	健診予定日 令和 年 月 日
				男女		一般健診 子宮頸がん 検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん 検診	健診予定日 令和 年 月 日
				男女		一般健診 子宮頸がん 検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん 検診	健診予定日 令和 年 月 日
				男女		一般健診 子宮頸がん 検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん 検診	健診予定日 令和 年 月 日
				男女		一般健診 子宮頸がん 検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん 検診	健診予定日 令和 年 月 日

◎協会けんぽ対象でない方は下記へご記入下さい。

	男女		44条	協会同様	協会同様 (胃なし)	協会同様 (胃便なし)		健診予定日 令和 年 月 日
	男女		44条	協会同様	協会同様 (胃なし)	協会同様 (胃便なし)		健診予定日 令和 年 月 日
	男女		44条	協会同様	協会同様 (胃なし)	協会同様 (胃便なし)		健診予定日 令和 年 月 日

北上済生会病院
 保健予防センター
 TEL: 0197-64-7722 (内線:1720)
 FAX: 0197-65-6134