

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：〒_____TEL：_____

結果送り先住所：〒_____FAX：_____

<お支払方法>

☐ 会社請求

請求書送り先住所：〒_____

☐ 当日会計

☐ オプションのみ当日会計

<控えの有無>

☐ 要

控え送り先住所：〒_____

☐ 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	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
	氏 名								
		男		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
		女							
		男		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
		女							
		男		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
		女							
		男		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
		女							
		男		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
		女							
		男		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
		女							

◎協会けんぽ対象でない方は下記へご記入下さい。

	男		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
	女							
	男		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
	女							
	男		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
	女							

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