

年度 健診申込書

赤羽病院健康管理センター TEL:03-3901-4941 FAX:03-3902-3264 E-mail:kenshin@akabane-hp.com

申込日 月 日

フリガナ		フリガナ		当センター利用 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	
事業所名		ご担当者			
事業所所在地	〒			TEL	
				FAX	
				メールアドレス	
キット・結果郵送先※①	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 会社			保険者番号	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 当日払い (現金又はクレジット) ・ <input type="checkbox"/> 事業所請求 (コオプション検査含む)			記号	

フリガナ 氏名	番号	区分	性別	生年月日 (和暦)	年度末 年齢	健診コース	胃部検査※②		婦人科健診		その他 オプション検査	第1希望日	第2希望日	決定日
							バリウム	胃カメラ	子宮 がん	乳がん				
例 アカバネ ハナコ 赤羽 花子	50	被保険者	女性	S40.12.25	57	生活習慣病	×	□	○	エコー	骨密度	4月1日	4月8日	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

※①ご自宅希望の場合、別途ご住所の記載をお願いします。

※②胃部検査についてどちらかにチェックをお願いします。 (胃カメラ希望の方は差額費用3,850円)

胃カメラ鎮静をご希望の方は別途保険診療となります。