

健康診断お申込書(HP) 必要事項をご記入・チェックを入れてFAXで送信してください。

| | | | | | | |
|-----------------------|---|------|----|----|-----|--|
| 受診をご希望の方 | | お申込日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| ふりがな | | | | | | 性別 |
| 氏名 | | | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日生 | (満) | 歳) |
| 住所 〒 _____ | | | | | | |
| 電話番号 (_____) _____ | | | | | | |
| FAX番号 (_____) _____ | | | | | | |
| 携帯電話 (_____) _____ | | | | | | |

健康保険

| | | | | | | |
|---------|--|--|--|----|--|------|
| 健康保険組合名 | | | | | | |
| 保険者番号 | 数字 8桁 | | | | | 事業所名 |
| 記号 | | | | 番号 | | |
| 受診区分(1) | <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) | | | | | |
| 受診区分(2) | <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 該当なし | | | | | |

受診ご希望日

| | | | | | |
|-------|---|---|---|--|---|
| 第1希望日 | 年 | 月 | 日 | (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) | <ul style="list-style-type: none"> ● 日曜祝日・年末年始は休業となっております。ご了承ください。 ● 本日より3週間以内の日付を入力することはできません。3週間以内の受診をご希望されるお客様は、お電話でお問合せください。(0569-27-7887) ● 人間ドック・協会けんぽ健診をご希望されるお客様は事前に検体採取等がございますので日にちに余裕を持って日程をお選びください。 ● 予約状況により、ご希望の日程に予約が取れない場合があります。 |
| 第2希望日 | 年 | 月 | 日 | (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) | |
| 第3希望日 | 年 | 月 | 日 | (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) | |

ご希望の健診内容

| | |
|-----------|--|
| 受診目的 | <input type="checkbox"/> 健康保険組合より指定された健康診断のご受診 <input type="checkbox"/> 事業所より指定された健康診断のご受診 <input type="checkbox"/> 個人による健康診断のご受診 |
| ご希望の健診コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ健診 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| ご希望の受診施設 | <input type="checkbox"/> 半田市医師会健康管理センター 半田市神田町1丁目1番地 <input type="checkbox"/> 半田市医師会健康管理センター雁宿支所 半田市雁宿町1の54の1 |

健診オプション

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィ + 視触診 <input type="checkbox"/> 乳エコー + 視触診 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 肺がん ※神田町のみ <input type="checkbox"/> その他(_____) |
|--|

ご記入内容をお確かめの上、右記FAX番号まで送信ください。

FAX 0569 - 27 - 7993