

健康診断申込書

豊生会元町総合クリニック ヘルスサポート健診センター 宛

お申込日 年 月 日

※健康保険被保険者証の 保険者番号		※健康保険被保険者証の 記号	
事業所所在地	〒		
事業所名称			
担当者			
T E L			
F A X			

	受診希望日	時間	フリガナ	性別	生年月日(和暦)	年齢	希望コース	※胃検査	追加オプション	備考	※健康保険証の 番号	当院記入欄 ID
			漢字									
1	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
2	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
3	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
4	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
5	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
6	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
7	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
8	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
9	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				
10	第1	/	:	男	S	年 月 日		カメラ				
	第2	/	:	女	H			バリウム				

MEMO

注: 全国健康保険協会の生活習慣病予防健診お申込みの方は、※の所は必須事項です。

当院記入欄			
支払方法	報告書/請求書		
当日払 請求払	本人	会社	郵送 引取
書類発送日	タ	チ	資格確認
/	/	/	/

TEL 011-781-7561 (健診直通) FAX 011-768-8766
Email: kenshin@houseikai.or.jp