

全国保険協会 生活習慣病予防健診 申込み名簿

企業NO:

事業所名 _____ 様

住所 _____

TEL

担当者 _____ FAX

※は必ず記入をお願いします。(保険者証参照)

※ 保険者番号(8桁): _____

※ 記号: _____

※該当する項目を○で囲んで下さい。

【健診料金支払い方法】

- 1. すべて事業所請求
- 2. 一部自己負担(
- 3. 当日全額自己負担

【事業主への結果報告書控え】

- 1. 不要(ご本人のみ報告)
- 2. 必要(必ず受診者の了承を得てください)

【案内、問診等の送付先】

- 1. 自宅
- 2. 事業所

※ 保険 番号	ふりがな	生年月日	性別	健診内容			胃検査		婦人科検診		第1 希望月日 (曜日)	第2 希望月日 (曜日)	備考・オプ ション
	お名前			一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	バリウム	カメラ	無	乳・子			
1		S .	男・女	一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	バリウム	カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
		H											
2		S .	男・女	一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	バリウム	カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
		H											
3		S .	男・女	一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	バリウム	カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
		H											
4		S .	男・女	一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	バリウム	カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
		H											

◎胃カメラに変更ご希望の方は追加料金3,300円となります。【月～金】

とよみ生協病院 健診センター 豊見城市真玉橋593-1
TEL: 850-9003 FAX: 850-3392