

# 企業一般健診 申込書

西崎病院 健康管理センター

電話 (098) 992 - 0089

FAX (098) 992 - 5995

問診票等ご案内の送付先 :  会社  本人自宅  
健診結果の送付先 :  会社  本人自宅  
会社控え(コピー) :  要  不要  
健診費用のお支払い方法 :  後日会社請求  当日窓口支払

保険者番号(8桁)を記入してください

被保険者記号を記入してください

※後日会社請求の場合 : 子宮がん検診費用  後日会社請求  当日窓口支払  
: オプション検査  後日会社請求  当日窓口支払

会社名称 :

振込名義 :  
(会社名称と異なる場合)

会社所在地 :

電話番号 :

FAX番号 :

担当者名 :

フリガナ <small>セイ</small> 氏名 姓	フリガナ <small>メイ</small> 名 様	生年月日 昭和 平成 年 月 日
住所 〒		保険証 番号
		連絡先
【希望コース】 <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(協会けんぽ補助対象の方のみ)		
【第一希望日】 令和 年 月 日	【第二希望日】 令和 年 月 日	【第三希望日】 令和 年 月 日
希望オプション記入欄		
確定日 令和 年 月 日	確認事項	

フリガナ <small>セイ</small> 氏名 姓	フリガナ <small>メイ</small> 名 様	男・女	生年月日 昭和 平成 年 月 日
住所 〒			保険証 番号
			連絡先
【希望コース】 <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(協会けんぽ補助対象の方のみ)			
【第一希望日】 令和 年 月 日	【第二希望日】 令和 年 月 日	【第三希望日】 令和 年 月 日	
希望オプション記入欄			
確定日 令和 年 月 日	確認事項		