

人間ドック 申込書

各種書類等の送付先	<input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> 本人の自宅
健診結果の送付先	<input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> 本人の自宅
会社控え(コピー)	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
健診費用のお支払い方法	<input type="checkbox"/> 後日会社請求	<input type="checkbox"/> 当日ご本人支払い
追加検査が発生した場合	<input type="checkbox"/> 後日会社請求	<input type="checkbox"/> 当日ご本人支払い

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

会社所在地	
会社名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 公立学校職員共済組合保険 <input type="checkbox"/> 市町村職員共済組合保険

フリガナ	セイ	メイ	性別	生年月日	年齢
氏名	姓	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		歳
住所	〒 -			保険証 番号	
				連絡先 携帯	- -
希望コース <input type="checkbox"/> 一日ドック <input type="checkbox"/> 二日ドック (二日ドックの宿泊 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※宿泊なし(通院)の場合は5,280円割引)					
第一希望 令和 年 月 日		第二希望 令和 年 月 日		第三希望 令和 年 月 日	
【胃部検査】			【カメラ経口希望の方のみ】		
<input type="checkbox"/> カメラ (<input type="checkbox"/> 鼻から <input type="checkbox"/> 口から) ◇歯科の麻酔(キシロカイン)での気分不良 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ◇血液サラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 鎮静剤 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない * 鎮静剤追加料金:3,300円 * 鎮静剤使用後は一日車の運転はしないことが条件となります		
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃部検査なし			希望オプション記入欄		

フリガナ	セイ	メイ	性別	生年月日	年齢
氏名	姓	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		歳
住所	〒 -			保険証 番号	
				連絡先 携帯	- -
希望コース <input type="checkbox"/> 一日ドック <input type="checkbox"/> 二日ドック (二日ドックの宿泊 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※宿泊なし(通院)の場合は5,280円割引)					
第一希望 令和 年 月 日		第二希望 令和 年 月 日		第三希望 令和 年 月 日	
【胃部検査】			【カメラ経口希望の方のみ】		
<input type="checkbox"/> カメラ (<input type="checkbox"/> 鼻から <input type="checkbox"/> 口から) ◇歯科の麻酔(キシロカイン)での気分不良 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ◇血液サラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 鎮静剤 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない * 鎮静剤追加料金:3,300円 * 鎮静剤使用後は一日車の運転はしないことが条件となります		
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃部検査なし			希望オプション記入欄		