

事業所

事業所名は各お申込書全てに記入をお願いします。

フリガナ 氏名	セイ 姓	メイ 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
住所				保険証	個人番号		
住所				連絡先			
【希望コース】 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診							
【第一希望日】				【第二希望日】			
令和	年	月	日	令和	年		
【胃部検査】* 胃カメラ希望の方は、お薬確認までご記入ください							
希望の胃部検査方法にチェックを入れてください。 胃部検査を希望しない場合、けんぽからの補助が 利用できませんので【企業一般健診】 のお申し込みをお願いいたします。				婦人科検診は協会けんぽ補助対象者のみ ご予約いただけます。 協会けんぽから届く書類や、 ホームページで対象の確認をお願いします。 * 鎮静剤追加料金 3,300円			
希望オプション記入欄				個人番号個人ごとに割り振られた番号です。 対象確認のため必ず記入してください。			
確定日	令和	年	月	日	確認事項		

フリガナ 氏名	セイ 姓	メイ 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
住所				保険証	個人番号		
住所				連絡先			
【希望コース】 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診							
【第一希望日】				【第二希望日】		【第三希望日】	
令和	年	月	日	令和	年	月	日
【胃部検査】* 胃カメラ希望の方は、お薬確認までご記入ください							
<input type="checkbox"/> カメラ(経鼻・経口) 歯科の麻酔(キシロカイン)での気分不良 有・無 血液サラサラにする薬 有・無 <input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <b>胃部検査を希望しない場合は企業健診申込書へ</b>				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 希望オプション記入欄			
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>※ ご予約確定のご連絡 ※</p> <p>日程が決まりましたら、当院がこちらに記入しご返信いたします。 2~3日かかる場合もございますが、ご理解の程よろしくお願いたします。</p> </div>							
確定日	令和	年	月	日	確認事項		