

人間ドック 申込書

必ず記入してください

各種書類等の送付先 : 会社 本人の自宅
 健診結果の送付先 : 会社 本人の自宅
 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 当日ご本人支払い
 追加検査が発生した場合 : 後日会社請求 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"/> 本人	<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"/> 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 氏名	セイ 姓	メイ 名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	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。
住	希望コースを選択し、チェックしてくだ			保険証 番号	
				連絡先	
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		
【胃部検査】 <input type="checkbox"/> カメラ 歯科 血液 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃部検査なし			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。		
			【カメラ経口希望の方のみ】 <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		
希望オプション記入欄					

フリガナ 氏名	セイ 姓	メイ 名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年齢 歳
住所				保険証 番号	
				連絡先	
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】 <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"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃部検査なし			【カメラ経口希望の方のみ】 <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		
希望オプション記入欄					