

【記入例】

健康診断申込書

- ①所在地(問診票、検査キットの送付先)
- ②結果の送付先
- ・ 請求先

異なる場合はそれぞれご記入ください
 同じときは「①と同じ」または「②と同じ」
 にそれぞれ チェックを入れてください

フリガナ			
事業所名	(株) □□□□□		
①所在地	〒 000-0000		
	茨城県〇〇市〇〇町1-2-3 <small>(事前準備物の送り先となります)</small>		
健康保険組合	〇〇健康保険組合		保険者番号 12345678 (8桁)
			(保険証)記号 400
②結果送付先	〒 111-1111		
	東京都〇〇区〇〇4-5-6 □□ビル2階		
請求先			支払方法
			<input type="checkbox"/> 窓口支払 <input checked="" type="checkbox"/> 後日請求
		<input type="checkbox"/> ①と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> ②と同じ

健康保険組合の補助を使用する方は
ご記入ください

受診予約日時	(保険証)番号	フリガナ		生年月日	健診種別(コース名)	備考
		氏名	性別			
4月 10日(火) 9:00	96	●● ●●	男	1967年9月3日	東振協B	前立腺がん追加
	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	〇〇 〇〇	女			
4月 11日(水) 8:30	97	▲▲ ▲▲	男	1981年10月1日	一般健診(協会けんぽ)	胃X線 キャンセル
	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	△△ △△	女			
5月 18日(金) 11:00	非加入	■ ■	男	1986年1月15日	定期健診A	
	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	□□ □□	女			

健康保険組合の補助を使用する方は番号を記入し、
区分(本人または家族)に○をつけてください

非加入者の方は非加入とご記入ください
 (補助を使用しない方は空欄のままでも結構です)

※保険証の番号はマイナポータルまたは資格確認書にて
ご確認ください。
 (2025年12月2日以降、従来の健康保険証は使用できません)

キャンセルをご希望される項目や追加オプションがある場合は備考欄にご記入ください

【重要】

健診種別(コース)は、ご加入の健康保険組合、時期(年1回目・年2回目)、年齢等によって名称(内容)が変わりますので予めご確認ください

＜センター記入欄＞	
受診票	部
便(1日・2日)	部
	部
	部
	部
胃部	名
腹エコー	名

※ご予約の際には、上記必要事項をご記入の上、FAXして下さい。
 こちらから確認後、折り返し御連絡いたします。
 ※こちらの申込書は、弊社ホームページからエクセル・PDFでダウンロードできますので御利用ください。

〒310-8581 水戸市笠原町489
 一般財団法人 茨城県メディカルセンター
 電話 029(243)1113
 FAX 029(243)1763
 業務調整課 施設内健診 予約担当