

健康診断申込書

フリガナ		フリガナ	
事業所名		予約担当者	
①所在地	〒 _____ (事前準備物の送り先となります)	電話	
		FAX	
健康保険組合		保険者番号	(8桁)
		(保険証)記号	
②結果送付先	〒 _____ <input type="checkbox"/> ①と同じ	担当者	
		電話	
請求先	〒 _____ <input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> ②と同じ	支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 後日請求

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				
月 日() :	本人・家族	.....	男女			
		男女				
月 日() :	本人・家族	.....	男女			
		男女				
月 日() :	本人・家族	.....	男女			
		男女				
月 日() :	本人・家族	.....	男女			
		男女				
月 日() :	本人・家族	.....	男女			
		男女				

<備考欄>

<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

