

# 生活習慣病予防健診予約申込書

(事業所所在地) 〒 \_\_\_\_\_

申込日: 年 月 日

※被保険者の方が対象 (団体用)

団体での申し込みをされる場合は、こちらの用紙へご記入の上  
健康管理センターへ**FAX(047-384-8621)**をお願いいたします。  
※ FAX到着後、5営業日以内(日曜・祝日を除く)にご連絡申し上げます。  
(注意事項) こちらでの申し込みは院内健診のみとなります。  
巡回バス健診をご希望の場合は、直接電話にて  
お問い合わせください。

-----  
(事業所名称) -----  
(担当者名) -----  
(電場番号) ----- (FAX番号) -----

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号	資料・結果 郵送先	会社(担当/個人) 個人自宅
※ こちらの健診は、保険者番号が01から始まる8桁の健康保険証をお持ちの被保険者の方が対象です。		予約確定等 のご連絡先	会社(担当/個人) 個人電話
※ 予約確定等のご連絡先は、平日9時～16時に繋がる連絡先をご指定ください。			

※人間ドックをご希望の方は、直接電話にてお申し込みください  
※子宮頸がん検診は月～金曜日のみ

健康保険証 の番号	フリガナ		性別	生年月日	希望する 健診種類	一般健診と 併せて受診希望	第一希望日	第二希望日	第三希望日	備考			
	氏名												
①			男・女	昭平令 年 月 日	一般健診 一般健診(若年) 子宮頸がん検診(単独)	節目健診 乳がん検診 子宮頸がん検診 骨粗鬆症検診							
											住所		〒
											電話番号		
②			男・女	昭平令 年 月 日	一般健診 一般健診(若年) 子宮頸がん検診(単独)	節目健診 乳がん検診 子宮頸がん検診 骨粗鬆症検診							
											住所		〒
											電話番号		
③			男・女	昭平令 年 月 日	一般健診 一般健診(若年) 子宮頸がん検診(単独)	節目健診 乳がん検診 子宮頸がん検診 骨粗鬆症検診							
											住所		〒
											電話番号		

# 生活習慣病予防健診予約申込書

(事業所所在地) 〒 \_\_\_\_\_

申込日: 年 月 日

※被保険者の方が対象 (団体用) 2/2

団体での申し込みをされる場合は、こちらの用紙へご記入の上  
健康管理センターへ**FAX(047-384-8621)**をお願いいたします。  
※ FAX到着後、5営業日以内(日曜・祝日を除く)にご連絡申し上げます。  
(注意事項) こちらでの申し込みは院内健診のみとなります。  
巡回バス健診をご希望の場合は、直接電話にて  
お問い合わせください。

-----  
(事業所名称) -----  
(担当者名) -----  
(電場番号) ----- (FAX番号) -----

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号	資料・結果 郵送先	会社(担当 / 個人) 個人自宅
※ こちらの健診は、保険者番号が01から始まる8桁の健康保険証をお持ちの被保険者の方が対象です。		予約確定等 のご連絡先	会社(担当 / 個人) 個人電話
※ 予約確定等のご連絡先は、平日9時～16時に繋がる連絡先をご指定ください。			

※人間ドックをご希望の方は、直接電話にてお申し込みください  
※子宮頸がん検診は月～金曜日のみ

健康保険証 の番号	フリガナ		性別	生年月日	希望する 健診種類	一般健診と 併せて受診希望	第一希望日	第二希望日	第三希望日	備考
	氏名									
④			男・女	昭平令 年 月 日	一般健診 一般健診(若年) 子宮頸がん検診(単独)	節目健診 乳がん検診 子宮頸がん検診 骨粗鬆症検診				
				電話番号						
⑤			男・女	昭平令 年 月 日	一般健診 一般健診(若年) 子宮頸がん検診(単独)	節目健診 乳がん検診 子宮頸がん検診 骨粗鬆症検診				
				電話番号						
⑥			男・女	昭平令 年 月 日	一般健診 一般健診(若年) 子宮頸がん検診(単独)	節目健診 乳がん検診 子宮頸がん検診 骨粗鬆症検診				
				電話番号						