

申込日 : 年 月 日

事業所名		
所在地	〒	
電話番号		担当者名 :

左記と案内送付先・連絡先が別の場合（支店・営業所）は下記に連絡先を記入して下さい。

所在地 : 〒

支店名 :

TEL: ( )

FAX: ( )

※その他ご要望

お支払方法	協会けんぽ健康診断 自己負担分	事業所へ請求	・ 受診者が窓口負担
	胃カメラ切替追加代 (5000円)	事業所へ請求	・ 受診者が窓口負担
	鎮静剤希望時追加代(1000円)の負担	→ 事業所	・ 受診者
	当院追加検査	事業所へ請求	・ 受診者が窓口負担

保険証の 保険者番号	保険証の記号

※口からの内視鏡をご希望の方は鎮静剤の有無にも○  
をご記入下さい

I D	保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する対象の 協会けんぽ健診				健診希望日			希望の 胃検査	追加検査
					一般 健診	付加 健診	乳がん 健診	子宮が ん検診	第1希望日	第2希望日	第3希望日		
			男・女	昭和 平成					月 日	月 日	月 日	内視鏡(口・鼻) ・ 鎮静剤(有・無) ・ バリウム	
			男・女	昭和 平成					月 日	月 日	月 日	内視鏡(口・鼻) ・ 鎮静剤(有・無) ・ バリウム	
			男・女	昭和 平成					月 日	月 日	月 日	内視鏡(口・鼻) ・ 鎮静剤(有・無) ・ バリウム	
			男・女	昭和 平成					月 日	月 日	月 日	内視鏡(口・鼻) ・ 鎮静剤(有・無) ・ バリウム	
			男・女	昭和 平成					月 日	月 日	月 日	内視鏡(口・鼻) ・ 鎮静剤(有・無) ・ バリウム	
				当院処理欄	登録				予約日送付			案内送付	