

健康診断申込書



事業所名称: _____

ご担当者様: _____

保険者番号: _____

保険証記号: _____

ご連絡先: _____

調査表・検査キット送付先住所	〒 _____	協会けんぽ補助対象者は【当該年度35歳～74歳まで】の方です ※75才の誕生日の前日まで受診可能
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み	その他請求にご指定がある場合はこちらへご記入下さい(例)オプションは窓口精算など 請求書送付先が上記と異なる場合はこちらにご記入下さい。

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診コース(希望コースの欄に○を記入)						婦人科 希望の方	受診日	集合時間	備考	
				35歳以上			40・45・50・55・60・65・70歳		34歳以下					
				一般	Aドック	Bドック	付加	Cドック	若年					
				5,282円	15,000円	20,500円	7,971円	14,000円	胃便あり 19,800円					胃便なし 9,900円
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		
			年 月 日								月 日	:		

申込書はFAXまたはメールにてさわやか済世へ送信をお願いします
F A X : 03-3693-0186