

ご予約は、FAX先着順となります。当院ホームページで【ドック/健診の予約状況(キャンセル情報)】をご確認のうえお申し込みをお願いいたします。

小島病院 健診課 宛

FAX 026-217-3822

3月1日(水)7時30分～3月12日(日)の受付はFAXのみ、電話受付不可です。

3/13(月)以降はお電話(026-217-3862)でも承ります。

ページ

協会けんぽ 生活習慣病予防健診申込書

令和 年 月 日

健康保険被保険者証
本人(被保険者) 00111
平成26年6月25日交付
記号 21700023 番号 21
氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日
事業所名称 株式会社
保険者番号 01010016
保険者名称 全国健康保険協会 支部
保険者所在地 市 区 町 - -

〒

住所

貴社名/お勤め先

お名前/
ご担当者様名

電話番号/
個人は携帯電話

FAX番号

① 健康保険被保険者証の 保険者番号		フリガナ 氏名		性別	生年月日 (和暦入力) 例:S42/4/4	健診種類を○で 囲んでください		一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			第1希望日	第2希望日	胃検査
② 健康保険被保険 者証の記号	③ 健康保険 証の番号					一般健診	単独 子宮頸がん 検診	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	経口カメラ バリウム
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

協会けんぽ補助利用人間ドック希望の方、法定健診希望の方は、生年月日欄の下、または健診種類欄に人間ドック希望、法定健診希望と記載をお願いいたし

経口胃カメラをご希望の方は追加費用2,200円(税込)頂戴いたします。