

FAX 0982-33-1371

健康診断申し込み用紙

フリガナ				健診センター受診歴	
氏名				あり・なし	
生年月日	S・H・西暦 年 月 日			男性・女性	
自宅住所	〒 -				
電話番号	ご自宅・携帯				
保険証	記号: 番号:				
保険者名称	<input type="checkbox"/> 延岡市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保健協会 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> () 国民健康保健組合				
事業所名			ご担当者		
住所(会社)	〒 -				
電話番号(会社)					
受診希望日	第1希望 令和 年 月 日	第2希望 令和 年 月 日	第3希望 令和 年 月 日		
健診内容					
<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> □Aコース <input type="checkbox"/> □Bコース <input type="checkbox"/> □Cコース <input type="checkbox"/> □Dコース <input type="checkbox"/> □雇い入れ健診	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> □国民健康保険 <input type="checkbox"/> □健康保険組合 <input type="checkbox"/> □共済組合 <input type="checkbox"/> □社会保険	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> □一般健診 <input type="checkbox"/> □付加健診 <input type="checkbox"/> □乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> □子宮検診(単独)		
オプション検査					
<input type="checkbox"/> 頭MRI検査 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査		<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 <input type="checkbox"/> 前立腺検査		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	

当院記入欄

支払方法		
結果送付先		