

医療法人あらかわ医院 健診担当 行

事業所所在地 〒 _____ 医院用No. _____

フリガナ
事業所名 _____

電話番号 (_____)

FAX番号 (_____)

ご担当者名 _____

ご担当者様 _____

問診票・検査キットの送付先について をつけてください。 会社（勤務先）に郵送 ご自宅に垂

※ご自宅希望の場合は住所の記入を よろしく願います。

健診結果の送付先について をつけてください。 会社（勤務先）に郵送 ご自宅に垂

健診受診料のお支払い方法について をつけてください。 当日、窓口にて各受信者がお支払い 後日、事業者様が一括でお支払い（月末締めごと）

その他 (_____)

下記のとおり事業所健診の予約をします 申込日：平成 年 月 日

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保険者記号		希望するコースの種類に○をつけてください			左記コースに付加したい検査がありましたら内容を義記入ください	受診希望日を2つまでご記入ください。	受診決定日 (医院記入欄)
健康保険証の番号 ID	フリガナ 氏名	性別	生年月日	Aコース 9720円	Bコース 6480円	Cコース 3240円			
〒 _____	住所 _____	男・女	昭・平 年 月 日					第1希望 年 月 日	年 月 日
〒 _____			-					第2希望 年 月 日	AM : PM
〒 _____		男・女	昭・平 年 月 日					第1希望 年 月 日	年 月 日
〒 _____			-					第2希望 年 月 日	AM : PM
〒 _____		男・女	昭・平 年 月 日					第1希望 年 月 日	年 月 日
〒 _____			-					第2希望 年 月 日	AM : PM
〒 _____		男・女	昭・平 年 月 日					第1希望 年 月 日	年 月 日
〒 _____			-					第2希望 年 月 日	AM : PM
〒 _____		男・女	昭・平 年 月 日					第1希望 年 月 日	年 月 日
〒 _____			-					第2希望 年 月 日	AM : PM

※個人にて健康診断をお申込みの場合、結果は後日窓口に取りに来ていただきます。