

医療法人あらかわ医院

事業所所在地 〒 -

**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  ご自宅に郵送

※ご自宅の場合は住所のご記入を  
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  ご自宅に郵送

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、窓口にて各受診者様がお支払い  
 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	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		第1希望 年 月 日	年 月 日
住 所		電話番号(携帯)						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
〒		男・女	昭・平 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
〒		男・女	昭・平 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
〒		男・女	昭・平 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
〒		男・女	昭・平 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。