

医療法人あらかわ医院

事業所所在地 〒 -

ご担当者様

フリガナ
事業所名

問診票・検査キットの送付先について 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
☑をつけてください。

電話番号 ()

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

FAX番号 ()

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

ご担当者名

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

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

健康保険証の番号	フリガナ		性別	生年月日	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)
	氏名	住所			Aコース 12,000円	Bコース 8,000円		第1希望 年 月 日	第2希望 年 月 日	
〒			男・女	昭・平 年 月 日	()					年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	()					年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	()					年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	()					年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	()					年 月 日

※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。