FAX番号はくれぐれもお間違えの無いようご注意ください。

医療法人あらかわ医院 健診センター 行 担当： _____

↑ FAX 0561-53-8827

フリガナ _____

事業所名 _____

事業所〒 _____
所在地 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

ご担当者様 _____

- 問診票・検査キットの送付先
- 左記住所へ送付（事業所）
 - 受診者様ご自宅へ郵送
※必ず住所をご記入ください
 - その他 ※その他にご記入ください
- 健診結果送付先
- 左記住所へ送付（事業所）
 - 受診者様ご自宅へ郵送
 - その他 ※その他にご記入ください
- 健診受診料のお支払い方法
- 事業所様（月末締め請求）
 - 個人（当日窓口にて支払）
※ 事業所様名の領収書（要・否）
 - オプションのみ個人負担

その他
(自由記載)

保険者番号	保険証記号
-------	-------

保険証番号	フリガナ	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	ご希望日（第1希望）
	氏名		年 月 日	年 月 日	
本人・家族	住所	〒 - TEL :			ご希望日（第2希望）
	年 月 日				年 月 日
希望コース	Aコース (12,000円)	協会けんぽ 一般健診	胃部検査	協会けんぽ一般健診に併せて受診を ご希望の方は○をつけてください ※年度対象者のみ	
※○をつけて ください	その他 健診コース []	バリウム	胃カメラ	付加 健診	乳がん検診 ※マンモグラフィ
				子宮がん 検診	オプション等
受診決定日時 ※医院記入欄		年 月 日 時 分			

保険証番号	フリガナ	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	ご希望日（第1希望）
	氏名		年 月 日	年 月 日	
本人・家族	住所	〒 - TEL :			ご希望日（第2希望）
	年 月 日				年 月 日
希望コース	Aコース (12,000円)	協会けんぽ 一般健診	胃部検査	協会けんぽ一般健診に併せて受診を ご希望の方は○をつけてください ※年度対象者のみ	
※○をつけて ください	その他 健診コース []	バリウム	胃カメラ	付加 健診	乳がん検診 ※マンモグラフィ
				子宮がん 検診	オプション等
受診決定日時 ※医院記入欄		年 月 日 時 分			

保険証番号	フリガナ	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	ご希望日（第1希望）
	氏名		年 月 日	年 月 日	
本人・家族	住所	〒 - TEL :			ご希望日（第2希望）
	年 月 日				年 月 日
希望コース	Aコース (12,000円)	協会けんぽ 一般健診	胃部検査	協会けんぽ一般健診に併せて受診を ご希望の方は○をつけてください ※年度対象者のみ	
※○をつけて ください	その他 健診コース []	バリウム	胃カメラ	付加 健診	乳がん検診 ※マンモグラフィ
				子宮がん 検診	オプション等
受診決定日時 ※医院記入欄		年 月 日 時 分			

※お申込み後、健診担当より受診決定日時を再度FAXさせていただきます。

お問合せ先：あらかわ医院健診センター
TEL 0561-53-9668