

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  
☑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。

電話番号 ( )

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

FAX番号 ( )

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）

ご担当者名

その他 [ ]

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

下記のとおり法定健診の予約をします

申込日： 年 月 日

健康保険 証の番号 ID	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					電話番号(携帯)	第1希望	
〒			男・女	昭・平 年 月 日	Aコース 12,000円	Bコース 8,000円			年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	Aコース 12,000円	Bコース 8,000円			年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	Aコース 12,000円	Bコース 8,000円			年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	Aコース 12,000円	Bコース 8,000円			年 月 日
〒			男・女	昭・平 年 月 日	Aコース 12,000円	Bコース 8,000円			年 月 日