FAX送信先　0561－53－8827／TEL　0561－53－9668　　医療機関コード　2314500857　　**※番号はくれぐれもお間違えのないように願います。**

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お願いします。
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［　　］

下記のとおり生活習慣病予防健診の予約をします　　申込日：　　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

健康保険証の番号 / ID	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類に○をつけてください		一般健診と併せて受診する場合○をつけてください			健診の希望日を2つご記入ください	受診決定日（医院記入欄）
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診 バリウム	一般健診 胃カメラ	付加健診	乳がん	子宮がん	第1希望 年　月　日	年　月　日
住所				備考：					第2希望 年　月　日	AM　時　分
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診 バリウム	一般健診 胃カメラ	付加健診	乳がん	子宮がん	第1希望 年　月　日	年　月　日
〒				備考：					第2希望 年　月　日	AM　時　分
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診 バリウム	一般健診 胃カメラ	付加健診	乳がん	子宮がん	第1希望 年　月　日	年　月　日
〒				備考：					第2希望 年　月　日	AM　時　分
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診 バリウム	一般健診 胃カメラ	付加健診	乳がん	子宮がん	第1希望 年　月　日	年　月　日
〒				備考：					第2希望 年　月　日	AM　時　分
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診 バリウム	一般健診 胃カメラ	付加健診	乳がん	子宮がん	第1希望 年　月　日	年　月　日
〒				備考：					第2希望 年　月　日	AM　時　分

※お申込みいただいた後、健診担当より再度FAXさせていただきます。　受診日が決定しましたら協会けんぽへの連絡をよろしくお願いいたします。