

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	
希望コース ※○をつけてください	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	オプション等
	その他 健診コース		バリウム	胃カメラ		
受診決定日時 ※医院記入欄		年 月 日 時 分				

フリガナ	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	保険証番号	ご希望日（第1希望）	
氏名			年 月 日		年 月 日	
住所	〒 -		TEL :	本人・家族	ご希望日（第2希望）	
					年 月 日	
希望コース ※○をつけてください	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	オプション等
	その他 健診コース		バリウム	胃カメラ		
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	
希望コース ※○をつけてください	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	オプション等
	その他 健診コース		バリウム	胃カメラ		
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