

人間ドック申込書

FAX: 03-3736-8358

(フリガナ) お名前 様 (保険証と同様の漢字でご記入下さい)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	大正 昭和 平成	年齢: 歳 年 月 日
本人住所 (建物名も必ずご記入をお願いします)				
電話番号		携帯番号		
日中連絡先		当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	健康保険の補助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(フリガナ) 事業所名	事業所電話番号			
事業所住所 (建物名も必ずご記入をお願いします)				
健康保険組合名	保険者番号	保険証記号	保険証番号	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支払方法 <input type="checkbox"/> 当日窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求	問診表送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所	健診結果送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所		
第一希望 月 日	第二希望 月 日	第三希望 月 日		

希望コース

基本コース ※必須	内視鏡オプション	婦人科オプション
1日ドック	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> セデーション(経口のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー
1泊人間ドック (休止中)		<input type="checkbox"/> 乳房エコー
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん
プレミアム脳ドック	脳ドック	簡易脳ドック

注意事項

- この申込書が当院に届いた時点で、正式な申込みとしてお取扱いいたします。
- 健康保険の補助をご利用される方は、加入している健康保険組合にも必ずお申込みください。
- 受診予定日の2週間前までに、この申込書が当院宛に届かない場合は、予約をキャンセルさせていただく場合がございます。予めご了承ください。
- 受診予定日の1週間前になっても、問診票や案内状などが届かない場合は、当院までご連絡ください。
- オプション検査(脳ドック・マンモグラフィ・子宮がん等)によっては、開始時間が午後になる場合がありますので予めご了承ください。

受診希望日の2週間前までにこちらの申込書をお送りください。