

## 健康診断申込み用紙

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター 健康管理センター行き  
TEL : 03-5744-3268 (8:30~15:00) FAX:03-3736-8358(24時間受付)

事業所名 (ふりがな)		事業所住所 / お電話番号 〒 電話 ( ) -					
ご担当者名 (ふりがな)		健康保険組合名 (保険者名称)		保険者番号	保険証の記号		
健診費用のお支払方法		<input type="checkbox"/> 個別窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社一括請求		申込日	年	月	日
フリガナ 受診者名	<input type="checkbox"/> 受診歴あり	性別 本人・家族	生年月日	保険証の 番号	コース	予約希望日	予約希望 時間
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
						② 月 日	
						③ 月 日	
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
フリガナ □有		男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃がん : 経口・経鼻・セデーション	① 月 日	
					② 月 日		
					③ 月 日		
<p>●問診票等の送り先が上記事業所住所と別のご住所（ご自宅等）になる場合は、下記にもご記入下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>問診票・結果ともに下記住所送付    <input type="checkbox"/>問診票のみ下記住所送付    <input type="checkbox"/>健診結果のみ下記住所送付</p> <p>住所 〒 — 電話番号 — —</p>							

- ・予約希望時間は【8:30(内視鏡・超音波検査追加受診者のみ)・9:30・12:45開始】のいずれかになります
- ・子宮頸がん検診・乳がん検診を受診する場合は、12:45開始となります。
- ・人間ドックをご希望の方は【人間ドック申込書】にてお申し込下さい。
- ・コース欄には、受診する健診コース名を記入して下さい。及び、子宮頸がん・乳がん（マンモグラフィー・超音波検査）胃がん（傾向・経鼻・セデーション）を希望する場合は○を付けてください。
- ・万が一、受診日の一週間前までに問診票等が届かない場合は、お手数ですがご連絡下さい。

2025.11改訂