

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)

* ご予約希望日はお申し込みの2週間先以降の日程をご記入ください

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 <input type="checkbox"/> 有	男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃カメラ： 経口・経鼻・セデーション	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日	
フリガナ <input type="checkbox"/> 有	男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃カメラ： 経口・経鼻・セデーション	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日	
フリガナ <input type="checkbox"/> 有	男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃カメラ： 経口・経鼻・セデーション	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日	
フリガナ <input type="checkbox"/> 有	男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃カメラ： 経口・経鼻・セデーション	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日	
フリガナ <input type="checkbox"/> 有	男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃カメラ： 経口・経鼻・セデーション	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日	
フリガナ <input type="checkbox"/> 有	男・女 本人・家族	昭・平 年 月 日		子宮頸がん・マンモ・乳エコ 胃カメラ： 経口・経鼻・セデーション	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日	

● 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。

問診票・結果ともに下記住所送付 問診票のみ下記住所送付 健診結果のみ下記住所送付

住所 〒	電話番号
------	------

・ 予約希望時間は、【8 : 20・8 : 40】生活習慣病予防健診※胃カメラがある方はこちらの時間のみのご案内となります。

【9 : 20・9 : 40・12 : 35】生活習慣病予防健診 (若年健診含む) ・ 定期健診の方

・ 子宮頸がん検診・乳がん検診を受診する場合は、12 : 35受付となります。

・ 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) 胃カメラ (経口・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。

2026/3 改訂