

健康診断申込書

事業所名 所在地 〒	ご担当者名 _____
電話番号 FAX番号	保険者(保険証)名 事業所(保険証)記号

請求方法 ①窓口支払い ②会社請求	請求先住所 〒 ※上記以外のご住所の場合のみ下にお書き下さい。
-------------------	---------------------------------

No.	保険証番号	フリガナ氏名	生年月日	性別	健診コース	第1希望日	第2希望日	第3希望日	備考
1			S H . .	男・女					
2			S H . .	男・女					
3			S H . .	男・女					
4			S H . .	男・女					
5			S H . .	男・女					
6			S H . .	男・女					
7			S H . .	男・女					
8			S H . .	男・女					
9			S H . .	男・女					
10			S H . .	男・女					

※この用紙は指定ではないので独自のものがあればそちらでも結構です。

※オプション検査をご希望の方は、項目とお支払い方法(自己負担または会社負担)について備考にご記入下さい。

医療法人社団 北水会 北水会記念病院
健診センター

TEL 029-303-3005 FAX 029-303-3006