

健康診断申込書

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

支払方法	①請求 ②窓口支払い	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。
案内送付先	①勤務先 ②自宅 ③その他	〒	
結果送付先	①勤務先 ②自宅 ③その他		

	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