

健康診断申込書

事業所名		ご担当者	
電話番号		FAX 番号	
ご住所	〒 ー		

健診希望日	ふりがな お名前	生年月日 T・S・H 年 月 日	性別 男女	健診種別※ 定・B	オプション検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 便潜血 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/>
-------	-------------	---------------------	----------	--------------	--

住所：〒 ー	電話番号
--------	------

保険者番号	被保険者証記号	番号
-------	---------	----

健診希望日	ふりがな お名前	生年月日 T・S・H 年 月 日	性別 男女	健診種別※ 定・B	オプション検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 便潜血 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/>
-------	-------------	---------------------	----------	--------------	--

住所：〒 ー	電話番号
--------	------

保険者番号	被保険者証記号	番号
-------	---------	----

健診希望日	ふりがな お名前	生年月日 T・S・H 年 月 日	性別 男女	健診種別※ 定・B	オプション検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 便潜血 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/>
-------	-------------	---------------------	----------	--------------	--

住所：〒 ー	電話番号
--------	------

保険者番号	被保険者証記号	番号
-------	---------	----

健診希望日	ふりがな お名前	生年月日 T・S・H 年 月 日	性別 男女	健診種別※ 定・B	オプション検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 便潜血 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/>
-------	-------------	---------------------	----------	--------------	--

住所：〒 ー	電話番号
--------	------

保険者番号	被保険者証記号	番号
-------	---------	----

※健診種別欄には、該当する健診種別を○で囲んでください。

定＝定期健康診断 B＝定期健康診断で35歳を除く39歳以下の方で医師が必要でないとした場合に健診項目を省略できます。

北見北斗病院 FAX 0157-23-3113