

中東遠総合医療センター指定用紙
人間ドック・健診センター行
FAX：0537-28-9128

全国健康保険協会管掌健康保険

【人間ドック申込書】記入例

FAX前に必ず確認をお願いします。

※下記項目にチェック☑を入れ、FAXをお願い致します。

- ☒ 事前の電話予約をしました。
- ☒ 生活習慣病予防健診対象者の年齢を確認しました。
- ☒ ★保険者番号、★記号、★番号の記入をしました。
- ☒ 健診の種類を○で囲みました。
- ☒ 受診者の退職や保険証が変更になった場合は連絡します。

事業所名称	中東遠株式会社	担当者名	中東遠花子
事業所所在地	〒436-8555 掛川市菖蒲ヶ池1-1		
電話番号	050-1726-7886	FAX番号	0537-28-9128
記入例を参照し、必ずご記入ください。	健康保険被保険者証 ★保険者番号	健康保険被保険者証 ★記号	

領収書宛名 (どちらか選択)	個人名 / 会社名 (一括・オプション別)
-------------------	-----------------------

受診日	患者番号: 当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください。	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R 年 月 日	フリガナ: カケガワ タロウ 氏名: 掛川太郎 (男・女)	S・H 年 △月△日	〒436-xxxx 掛川市長谷◇◇◇-◇◇	090-xxxx-xxxx	もくじ 申込書
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)		その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	人間ドック		受診資格		

受診日	患者番号: 当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください。	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R 年 月 日	フリガナ: フクロイ ハナエ 氏名: 袋井花江 (男・女)	S・H 年 △月△日	〒439-xxxx 菊川市駅前△△△	0537-□□-■■■■	もくじ 申込書
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)		その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	人間ドック		腫瘍マーカー 受診資格		

受診日	患者番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)	自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄
R 年 月 日	フリガナ: 氏名:	S・H 年 月 日	〒		もくじ 申込書
★保険証の番号	希望する健診の種類(○で囲む)		その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	人間ドック		受診資格		

※枝番についてはある方のみ