

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。

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 R ○年 ○月 ○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。 フリガナ: カケガワ タロウ 氏名: 掛川 太郎 (男・女)	生年月日 S H ○○年 △月△日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください) 〒436-×××× 掛川市長谷△△△-△△△	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) 090-××××-××××	医療機関使用欄 もくじ 申込書	
★保険証の番号 (枝番)	希望する健診の種類(○で囲む) 人間ドック			その他オプション検査【※予約時申込要】		
受診日 R ○年 ○月 ○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。 フリガナ: フクロイ ハナエ 氏名: 袋井 花江 (男・女)	生年月日 S H ○○年 △月△日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください) 〒439-×××× 菊川市駅前△△△	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) 0537-□□一■■■■	医療機関使用欄 もくじ 申込書	
★保険証の番号 (枝番)	希望する健診の種類(○で囲む) 人間ドック			その他オプション検査【※予約時申込要】 腫瘍マーカー		
受診日 R 年 月 日	患者番号: フリガナ: 氏名: (男・女)	生年月日 S H 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 もくじ 申込書	
★保険証の番号 (枝番)	希望する健診の種類(○で囲む) 人間ドック			その他オプション検査【※予約時申込要】		

※枝番についてはある方のみ

※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。