

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】

事業所名称			担当者名	
事業所所在地	〒			
電話番号			FAX番号	
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	

※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。

領収書宛名 (どちらか選択)	個人名 / 会社名
-------------------	-----------

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
		男・女			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:	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
		男・女			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:	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
		男・女			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:	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
	男・女				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:	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
	男・女				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:	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
	男・女				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:	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
	男・女				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:	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
	男・女				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