

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

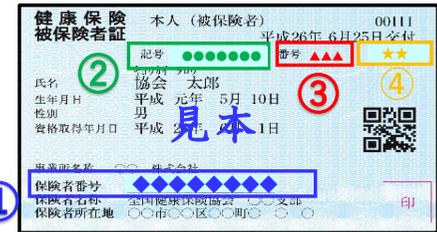
【生活習慣病予防健診申込書】記入例

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	0537-28-8028	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 ① 保険者番号	◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆	健康保険被保険者証 ② 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 (一括・オプション別)
-------------------	-----------------------

受診日	患者ID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	S・H ○○年 △月△日	〒436-xxxx 掛川市長谷◆◆◆-◆◆	090-xxxxx-xxxxx	もくじ 申込書			
③保険証の番号	④枝番	希望する健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】		その他オプション検査【※予約時申込要】		受診資格
▲▲▲	(枝番) ★★	○一般健診	単独 子宮頸がん検診	付加健診	子宮頸がん検診	乳がん検診		
受診日	患者ID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: フクイ ハナエ 氏名: 袋井花江	S・H ○○年 △月△日	〒439-xxxx 菊川市駅前△△△	0537-□□-■■■■■	もくじ 申込書			
③保険証の番号	④枝番	希望する健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】		その他オプション検査【※予約時申込要】		受診資格
▲▲▲	(枝番) ★★	○一般健診	単独 子宮頸がん検診	付加健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	胃カメラ	
受診日	患者ID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			
④枝番	希望する健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】		その他オプション検査【※予約時申込要】		受診資格	
(枝番) ★★	一般健診	単独 子宮頸がん検診	付加健診	子宮頸がん検診	乳がん検診			

※枝番についてはある方のみ