

健康診断申込書（特定健康診査）

◆この申込書で、福山市住民健診のお申し込みは出来ません。

◆折り返し、2～3週間以内に当センターより日程についてのご連絡をいたします。

※確定日は当センターにて記入いたします。

健診日	第一希望	年	月	日	()
	第二希望	年	月	日	()
	※確定日	※	年	月	日 ()

【お客様情報】

フリガナ お名前	生年月日		西暦（和暦）		年	月	日
	性別		男 ・ 女				
自宅ご住所	〒						
電話番号	(昼間連絡可能な番号をご記入ください)						
保険者番号							保険者名
保険証記号							
保険証番号					加入区分	本人 ・ 配偶者 ・ 家族	
受診券整理番号							有効期限
窓口の自己負担額	基本項目： _____ 円 ・ 詳細項目： _____ 円				契約	集合A ・ 集合B ・ 個別	
受診内容	<input checked="" type="checkbox"/> 特定健康診査						
オプション項目	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 ※希望する場合は✓をしてください。						

▼備考欄

(健診関係の書類や請求書等の送付先に指定がある場合は、下記欄を利用してご記入ください。)

--

… ご連絡先 …

一般社団法人 福山市医師会健診センター

<予約専用>TEL 084-999-3335 / FAX 084-999-3339