健康診断申込書（個人）

◆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 事業所名称			
住所	〒	電話番号	
		FAX番号	

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
受診内容	事業所健診（ □定期健診 ・ □雇入時健診） 生活習慣病健診（ □一般健診 ・ □節目健診 ） 人間ドック（ □医師会ドック ・ □協会けんぽ人間ドック ） その他（　） 指定の健診コースに名称があれば記入（　）		
オプション項目			

【連絡事項】　以下、該当する項目にチェック（レ）してください。

日程調整時の連絡先	□ 会社電話　□ 個人電話　（ 繋がりやすい時間　時頃 ）			
予約票送付先	□ 会社　□ 自宅	結果票送付先	□ 会社　□ 自宅	
お支払方法	□ 全て、当日支払い　□ 全て、後日請求書にてお振込み			
	□ オプションのみ、当日支払い（基本コースは、後日請求書にてお振込み）			
受診歴	□ あり → IDの引継ぎ □可 ・ □不可 □ なし			

▼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