

# 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。

**見本**

※欄は当センターにて使用。書き込みしないでください。※団体コードとIDが分かる場合は記入をお願いします

健診日	第一希望	20××年 ○月 △日
	第二希望	20××年 ○月 ○日
	※確定日	※ 年 月 日

## 【お客様情報】

フリガナ 事業所名称	株式会社〇〇商事福山支社	※団体コード	※
住所	〒720-0032 福山市三吉町南△-〇-□	電話番号	084-〇〇〇-〇〇〇1
		FAX番号	084-〇〇〇-〇〇〇2

フリガナ お名前	イシカイ ローズ 医師会 ローズ		※ID	※						
生年月日	西暦（和暦）	1972年 5月 1日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女						
自宅ご住所	〒720-0065 福山市東桜町△△-△△									
電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (昼間連絡可能な番号をお書きください)									
保険者番号	0	1	3	4	0	0	1	7	保険者名称	全国健康保険協会〇〇支部
保険証記号	51〇〇〇〇〇〇									
保険証番号	21		加入区分	<input checked="" type="radio"/> 本人・ <input type="radio"/> 配偶者・ <input type="radio"/> 家族						
受診内容	定期健診・生活習慣病予防健診・ スタンダードドック・プレミアムドック・その他（ ） 指定の健診コースに名称があれば記入（ <b>協会付加健診</b> ）									
その他追加項目 オプション項目	<b>協会乳がん検診、協会子宮頸がん検診</b>									

【書類送付】 以下、該当する項目にチェック（レ）してください。

予約票送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅	結果票送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅
お支払方法	<input type="checkbox"/> 全て、当日支払い		<input type="checkbox"/> 全て、後日請求書にてお振込み
	<input checked="" type="checkbox"/> 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）		

## ▼備考欄（連絡事項）

（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。）

<p><b>(例)</b> 請求書は本社に送付してください。 〒999-9999 東京都〇〇区〇〇1-2-3 株式会社〇〇商事 本社 □□宛</p>
--

契約	入力担当者	日程連絡	確認者	予約票印刷	封入者	送付日
※	※	※	※	※	※	※

一般社団法人 福山市医師会健診センター

〒720-0032 福山市三吉町南二丁目12-25

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

ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。