

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 (<input type="checkbox"/> 定期健診 ・ <input type="checkbox"/> 雇入時健診) 生活習慣病健診 (<input type="checkbox"/> 一般健診 ・ <input type="checkbox"/> 付加健診) 人間ドック (<input type="checkbox"/> スタンダードドック ・ <input type="checkbox"/> 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 ()					
オプション項目						

【連絡事項】 以下、該当する項目にチェック (し) してください。

日程調整時の連絡先	<input type="checkbox"/> 会社電話	<input type="checkbox"/> 個人電話	(繋がりやすい時間		時頃)
予約票送付先	<input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> 自宅	結果票送付先	<input type="checkbox"/> 会社	<input 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 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

(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