

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。

見本

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	カブシキガイシャマルマルショウジ フクヤマシヤ 株式会社〇〇商事 福山支社				
住所	〒 720-0032	電話番号	084-0000-0001		
	福山市三吉町南△-〇-〇	FAX番号	084-0000-0002		

フリガナ お名前	イシカイ ローズ 医師会 ローズ	生年月日	西暦 (和暦)	1972 年 5 月 1 日
		性別	男 ・ 女	

自宅ご住所	〒 720-0065 福山市東桜町△△-△△				
電話番号	090-0000-0000 (昼間連絡可能な番号をご記入ください)				

保険者番号	0	1	3	4	0	0	1	7	保険者名	全国健康保険協会〇〇支部
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	------	--------------

保険証記号	51000000									
-------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険証番号	21	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"/> 節目健診) 人間ドック (<input type="checkbox"/> 医師会ドック ・ <input type="checkbox"/> 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 (協会節目健診)									
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

オプション項目	協会乳がん検診、協会子宮頸がん検診									
---------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【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	<input type="checkbox"/> 会社電話		<input checked="" type="checkbox"/> 個人電話		(繋がりのやすい時間 10 時頃)					
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)									
受診歴	<input type="checkbox"/> あり → IDの引継ぎ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可									
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。)

(例)
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
〇〇宛

… 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