

# 生活習慣病予防健診（協会けんぽ）受診申込書

事業所名称				住所	〒		
ご担当者名				TEL番号			
保険者番号				支部	支部		FAX番号
							保険証 記号

支払方法	①本人支払	②後日企業請求	送付先	問診票 ①事業所 ②ご自宅 ③その他	{		}
	③その他	{			}	結果 ①事業所 ②ご自宅 ③その他	{

フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証番号	住所	電話番号(携帯優先)	胃検査	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女			〒				
追加オプション検査								
フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証番号	住所	電話番号(携帯優先)	胃検査	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女			〒				
追加オプション検査								
フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証番号	住所	電話番号(携帯優先)	胃検査	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女			〒				
追加オプション検査								
フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証番号	住所	電話番号(携帯優先)	胃検査	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女			〒				
追加オプション検査								
フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証番号	住所	電話番号(携帯優先)	胃検査	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女			〒				
追加オプション検査								

**【注意事項】** FAX送信前に当センターへご連絡の上、健診内容・詳細・空き状況等をご確認いただいた後に、本紙をご返送願います。

札幌徳洲会病院 健康管理センター  
 TEL： 011-890-1620（直通）  
 FAX： 011-890-1645（直通）