

健康診断申込書 法定A(4,000円)

● 検査項目 診察・身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線検査

● 検査料金 4,000円(税別) *支払方法は右記のいずれかをチェックしてください。

会社請求 当日払い

● 申込方法 健診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込ください。 [FAX.03-3873-9170]

● 受付時間 第1部：10:00・第2部：14:00 までに1F健診会場へお越しください。

● 健診結果 健診結果は後日3週間程度で自宅宛に郵送いたします。

事業所名

事業所住所 〒
電話番号

TEL ()

健康保険証の種類の種類 保険証名称
事業所記号

事業所のご担当者

*上記とは別に送付先がございましたら、こちらへご記入ください。

〒 TEL ()

| 健康保険証の番号 | 本人・配偶者の別 | フリガナ お名前 | 性別 | 生年月日 | 受診予約日 | 備考 |
|----------|----------|-------------|-----|-----------------|-----------------|----|
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |
| | 本・配 | | 男・女 | S・H 年 月 日(才) | 月 日() 1部・2部 | |

医療法人社団 せいおう会 鶯谷健診センター TEL.03-3873-9161 FAX.03-3873-9170 <https://www.seiokai.jp>

U G U I S U D A N I M E D I C A L C E N T E R