

生活習慣病健診①申込書(自費)

国民健康保険ご加入のお客様

- 検査項目 診察・身長・体重・体脂肪・視力・聴力・血圧・尿検査・便潜血検査・血液検査・心電図・胸部X線検査・胃部X線検査
- 検査料金 23,100円(税込)
- 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]
- 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 保険証名称
の種類 事業所記号

事業所
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 ()

	フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日時	備考
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	
自費		男・女	(西暦) 年 月 日(歳)	月 日 () 時間 :	

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

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