

協会けんぽ会場健診申込書

多摩健康管理センター

Fax 042-529-1810 TEL 042-529-1811

当センター予約担当者

※FAX前に必ずお電話にてご予約ください。

(フリガナ)

事業所名称

〒

所在地

事業所
電話番号

Fax番号

担当者名

健康保険証の 保険者番号	健康保険証の 記号
-----------------	--------------

健康保険証の 番号	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	健診コース (希望に○を記入ください)		健診予約日	会場名 (コード)
				一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)		
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				
続柄 本人・家族		男	S	一般 健診	若年 健診 オプション (胃・便)	年 月 日	
		女	H				

※一般健診は、続柄が「本人」で35歳以上75歳未満の方のみです。

※若年健診で、胃部X線・便潜血検査希望の場合、別途料金が加算されます。

ご希望の場合はオプション欄に○でご記入ください。