

# 健康診断お申込書 (HP)

**【個人情報に関するご案内】**

ご記入いただいた情報は健康診断の予約受付以外には利用いたしません。その他の事項については当ホームページ下段「個人情報保護方針」内の「個人情報の利用目的」をご参照ください。ご同意いただける場合のみ下記必要事項をご記入の上、FAX で送信してください。予約内容確認のため、下記情報を基に当方よりご連絡いたします。

お申込日 令和 年 月 日

ふりがな

性別

氏名

男

女

生年月日  昭和  平成 年 月 日生 (満 歳)

住所 〒 -

電話番号 ( ) -

FAX 番号 ( ) -

携帯電話 ( ) -

## 健康保険

健康保険組合名

保険者番号 数字 8 桁

事業所名

記号

番号

受診区分 (1)  被保険者 (本人)  被保険者 (配偶者)  被扶養者 (家族)

受診区分 (2)  任意継続  特例退職  該当なし

## 受診ご希望日

第 1 希望日 年 月 日 ( 午前  午後)

第 2 希望日 年 月 日 ( 午前  午後)

第 3 希望日 年 月 日 ( 午前  午後)

- 日曜日・年末年始は休業となっております。ご了承ください。
- 本日より 3 週間以内の日付を入力することはできません。3 週間以内の受診をご希望されるお客様は、お電話でお問い合わせください。(0569-27-7887)
- 人間ドック・協会けんぽ健診をご希望されるお客様は事前に検体回収等がございますので日にちに余裕を持って日程をお選びください。
- 予約状況により、ご希望の日程に予約が取れない場合があります。

## ご希望の健診内容

受診目的  健康保険組合により指定された健康診断のご受診

事業所により指定された健康診断のご受診

個人による健康診断のご受診

ご希望の健診コース  人間ドック  特定健診

協会けんぽ健診  定期健診

その他 ( )

## 健診オプション

マンモグラフィ+視触診  乳工コー+視触診  子宮頸部細胞診

脳ドック  肺がん  その他 ( )

ご記入内容をお確かめの上、右記 FAX 番号まで送信ください。 **FAX 0569-27-7993**