健診申込書　A

ＦＡＸ　０７７６－５１－８５６６

〒　９１９－０４７６
福井県坂井市春江町針原６５-７
医療法人博俊会　春　江　病　院
健診・予防医学センター
☎　0776-51-1503（健診予約）

下記欄にご記入のうえＦＡＸまたは郵送にて
お申し込みいただきますようお願い致します。
こちらから折り返しご連絡いたします。
＊健診申込書 Bと一緒にお送りください

（ご記載日　　年　　月　　日）

フリガナ 社名	所在地　〒（　　－　　）	
	ＴＥＬ	ご担当者名
	ＦＡＸ	

＊資料・結果または請求書の送付先が上記と異なる場合は下記にご記入ください

資料送付先・結果送付先・請求書送付先 社名	所在地　〒（　　－　　）	
	ＴＥＬ	ご担当者名
	ＦＡＸ	

保険者番号と健保記号をご記入ください

保険者番号	健保記号

事業所控えは月ごとでの処理となります

健診結果事業所控	□　要　　□　不要

※予約に関しましてはご記入いただいた確認事項を参考に日程を枠取りさせていただきます

支払方法	□個人窓口支払い	
	□すべて事業所請求（但し、保険診療分は個人さま窓口支払い） ※月ごとの請求となります。	
予約に関する確認	①受診希望　　午前　・　午後 ※胃部検査が含まれる方は午前のみの案内となります ②土曜日受診　　可　・　不可 ③同日に受診可能な人数　＿＿＿＿＿＿　名	勤務の都合上、受診が難しい時期や曜日がありましたらご記入ください。
その他のご要望		

健診申込書Ｂ（受診者名簿）

ＦＡＸ0776-51-8566

＊健診申込書Aと一緒にお送りください

《ご記載時のお願い》

- 受診希望月をご記入ください
- オプション検査は別紙資料の数字をご記入ください
- 特殊健診ご希望の場合は健診コース名（有機溶剤、じん肺など）のご記入もお願いします　※有機溶剤の場合は溶剤名もご記入ください

事業所名

※健診確定日は申込み時には記入しないでください

No	健保番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	協会けんぽ健診						定期健診 協会けんぽ健診以外の方			特殊健診	人間ドック	オプション	受診希望月	※健診確定日
						胃検査			付加	乳	子宮	A	B	C					
						カメラ	バリウム	無し											
1			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
2			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
3			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
4			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
5			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
6			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
7			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
8			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
9			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/
10			男・女	S・H　年　月　日												1日 2日		月 レディースデイ	/