

健康診断申込書

受付会場 目黒 / 秋葉原 / アネックス 健康保険組合名

事業所名	TEL :
所在地	FAX :
担当者名	事業所（保険証）記号

請求方法 【 - 】 ※数字とアルファベットをご記入下さい。
 例)①-B (健診会社請求-婦人科健保補助対象の為会社請求)等
 健診費用：①窓口支払い ②会社請求
 オプション検査：A. 窓口 B. 健保補助対象のみ会社請求 C. 健保補助対象ではないオプションも会社請求

請求書送付先 〒 問診票・検査キット発送先
 会社担当 / 会社本人 / 自宅 / その他 ()

※上記所在地以外への送付希望の場合のみご記入下さい

No.	保険証番号	フリガナ氏名	生年月日	性別	希望日	時間 (AM・PM)	健診コース	オプション追加・備考等
1			S・H . . .	男・女	①			
					②			
2			S・H . . .	男・女	①			
					②			
3			S・H . . .	男・女	①			
					②			
4			S・H . . .	男・女	①			
					②			
5			S・H . . .	男・女	①			
					②			
6			S・H . . .	男・女	①			
					②			
7			S・H . . .	男・女	①			
					②			
8			S・H . . .	男・女	①			
					②			
9			S・H . . .	男・女	①			
					②			
10			S・H . . .	男・女	①			
					②			
11			S・H . . .	男・女	①			
					②			
12			S・H . . .	男・女	①			
					②			

※事前に問診表・検体容器を送付いたしますので、健診希望日は約2～3週間後にして下さいませお願い申し上げます。

※この用紙は指定ではないので独自のものがあればそちらでも結構です。

※オプション検査をご希望の方は、項目とお支払い方法（自己負担または会社負担）について備考にご記入下さい。

医療法人社団 友好会 目黒メディカルクリニック

秋葉原メディカルクリニック

秋葉原メディカルクリニックアネックス

TEL 03-3280-5877 FAX 03-3280-5891