

# 健康診断申込書

【 健康保険被保険者証 保険者番号 】
【 健康保険被保険者証 記号 】
【 支部コード 】

【住所】	〒	-
【事業所名・部署名】		
【ご担当者名】		
【TEL】	【FAX】	

No.	健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	当院の健診コース どちらかに☑を入れてください		協会けんぽ 生活習慣病予防健診	協会けんぽ 一般健診 選択項目 どちらかに☑を入れてください		第1希望日	第2希望日	第3希望日	予約確定日
					Aコース	Bコース		<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)				
1			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
2			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
3			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
4			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
5			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
6			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
7			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
8			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
9			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	
10			男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日	時 分	

【その他連絡事項】
-----------

**共立荻野病院**  
 〒442-0812 愛知県豊川市三上町雨谷口3番地  
 TEL : 0533-86-2161  
**FAX : 0533-86-0917**