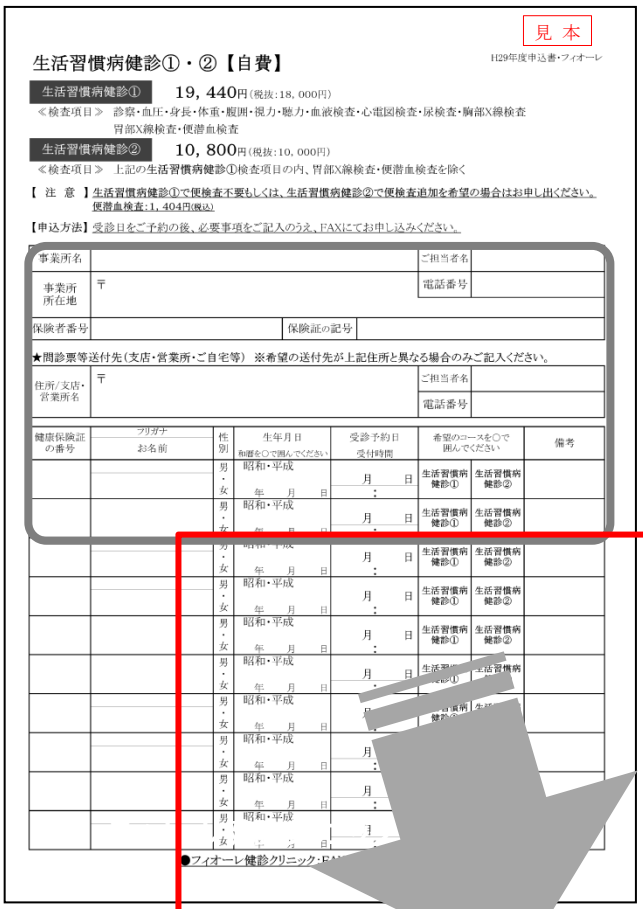
申込書記入例

生活習慣病健診　①・②　【自費】共通


見 本

生活習慣病健診①・②【自費】

H29年度申込書・フィオーレ

生活習慣病健診① 19, 440円(税抜:18, 000円)

＜検査項目＞ 診察・血圧・身長・体重・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査 胃部X線検査・便潜血検査

生活習慣病健診② 10, 800円(税抜:10, 000円)

＜検査項目＞ 上記の生活習慣病健診①検査項目の内、胃部X線検査・便潜血検査を除く

【 注 意 】生活習慣病健診①で便検査不要もしくは、生活習慣病健診②で便検査追加を希望の場合はお申し出ください。便潜血検査:1, 404円(税込)

【申込方法】受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

事業所名		ご担当者名	
事業所所在地	〒	電話番号	
保険者番号		保険証の記号	

★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・営業所名	〒	ご担当者名	
		電話番号	

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください	受診予約日 受付時間	希望のコースを○で囲んでください		備考
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	

●フィオーレ健診クリニック・FA

健康保険被保険者証

本人(被保険者) 見 本 00111

平成26年 6月25日交付

① 記号 21700023 番号 21 ②

氏名 キョウカイ タロウ 協会 太郎

生年月日 昭和 ○○年△月□日

性別 男

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 ○○ 株式会社

③ 保険者番号 01010016

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

保険者所在地 ○○市○○区○○町○-○-○

印

事業所名	○○株式会社	ご担当者名	○○
事業所所在地	〒 ○○○−○○○○ 東京都○○区○○１−２−３	電話番号	1234−5678

※必ず連絡先を明記願います。

保険者番号	01010016 ③	保険証の記号	21700023 ①

★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・営業所名	〒 ※上記事業所在地と、問診票等送付先住所が異なる場合のみ明記願います。	ご担当者名	
		電話番号	

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください	受診予約日 受付時間	希望のコースを○で囲んでください		備考
21 ②	キョウカイ タロウ 協会 太郎	男・女	(昭和)・平成 ○○年 △月 □日	4 月 10 日 10 : 00	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	日 :	生活習慣病健診①	生活習慣病健診②	

※電話で予約された受診日時をご記入ください