

# 健康診断申込用紙

健康診断のご予約ありがとうございます。

こちらの用紙の太枠内のみご記入ください。

尚、健診に関するご質問やご希望などがございましたら、ご希望の健診コースの欄にご記入ください。

団体登録番号			会社・店舗名				
健保組合名	健康保険組合			保険証の記号		保険証の番号	
フリガナ			生年月日	大・昭・平 年 月 日			
受診者氏名	氏	名	性別	男・女	年齢		続柄 被保険者 ・ 被扶養者
受診票 送付先住所	(〒 - ) 横須賀市 自宅・会社 (どちらかに○) 横浜市						
健診結果 送付先住所	(〒 - ) 横須賀市 会社 横浜市						
受診者 電話番号	自宅	-	-	会社電話番号	-	-	
※ 健診日は平日の月～金曜日です。*但し、水曜日は婦人科専用日です。*土曜は月に1回開催予定（お問合せ下さい）							
FAX							
第1希望日	月	日( )	第2希望日	月	日( )	第3希望日	月 日( )
ご希望の 健診コース							
婦人科健診 希望項目に○ をして下さい	乳房触診	マンモグラフィ	乳腺E-	子宮頸がん			

・これより下は、当院使用欄です。

健診日時	平成 年 月 日 ( ) 午前 時 分						
決定した 健診コース	健康診断			M R・E・視触診・S・SSP・内診			
窓口支払額	円	会社負担額	円	健保負担額	円		
備考欄							
受診セット : 当日対応・事前送付 ( / )							

予約受付日：平成 年 月 日 / 担当：

医療法人 社団 優和会 湘南健康管理センター	
電話番号 / 046 (867) 2876	FAX番号 / 046 (867) 2878

番号のお間違いのないよう、お願い致します。