

【団体予約用】施設健診 御申込用紙

月 日 までにご返信ください。

01.健康保険組合の補助を利用する場合は、※印の保険情報、自宅住所、連絡先についても必ずご記入下さい。

02.大きな文字でご記入をお願いいたします。不明瞭な場合は、確認のご連絡をする場合がございます。

【健診予約日時】 月 日 ()

会社コード： 20文字上限
会社名： ご担当者： 様
※健康保険組合： ※保険者番号： (8桁) ※記号： <small>桁が足りない場合、先頭に「0」を記入</small>

会社住所	〒 -
電話番号：	FAX番号：
その他住所	〒 - <支店名>
電話番号：	FAX番号：

個人コード	No	※保険証番号	カナ氏名 漢字氏名	生年月日 性別	申込内容	予約時間	備考欄
1	<区分> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	10文字上限 (英字不可)	西暦 年 月 日 男 女	安衛法： <input type="checkbox"/> 一般B <input type="checkbox"/> 雇入 <input type="checkbox"/> 深夜 協会けんぽ： <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 子宮 建設国保： <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> 子宮 特殊健診： <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 振動 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 有機 (溶剤名を備考欄へ記入)	：		
2	<区分> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	10文字上限 (英字不可)	西暦 年 月 日 男 女	安衛法： <input type="checkbox"/> 一般B <input type="checkbox"/> 雇入 <input type="checkbox"/> 深夜 協会けんぽ： <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 子宮 建設国保： <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> 子宮 特殊健診： <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 振動 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 有機 (溶剤名を備考欄へ記入)	：		
3	<区分> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	10文字上限 (英字不可)	西暦 年 月 日 男 女	安衛法： <input type="checkbox"/> 一般B <input type="checkbox"/> 雇入 <input type="checkbox"/> 深夜 協会けんぽ： <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 子宮 建設国保： <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳マンモ <input type="checkbox"/> 乳エコー <input type="checkbox"/> 子宮 特殊健診： <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 振動 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 有機 (溶剤名を備考欄へ記入)	：		

CL	事前送付物： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他	支払条件： <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 請求 <input type="checkbox"/> 請求/窓口(婦人科・付加・OP)	請求送付先： <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他	受付日	受付者
通信欄	結果送付先： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他	帳票： <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I (□+)	同意書： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 取得済		
メモ欄	*結果・請求書送付先が勤務先・その他住所以外(本社宛等)の場合や個人結果と事業所一覧の送付先が違う場合などは、メモ欄へ送付先を記入				

FAX送信先：045-847-5800

上記個人情報につきましては、健康診断の実施以外の目的には利用いたしません。
医療法人社団成澤会 清水橋クリニック 〒234-0053横浜市港南区日野中央1-19-4TEL.045-847-5533