

**【健康診断申込書（団体用）】**

F A X : 0562-33-9801（直通）

申込日 平成 年 月 日

フリガナ  
〔貴社名〕

〔担当者様〕

〔TEL〕

〔FAX〕

〒  
〔住所〕

〔健康保険組合〕

〔案内送付先〕 会社、自宅、窓口（当日） 〔結果送付先〕 会社、自宅、窓口（来院） 〔支払い〕 会社、窓口、その他

↑ “その他” の場合は備考欄に記入をお願いします。

1	フリガナ	男	区分	生年月日	住所	TEL	希望コース	第1希望日	第2希望日
	氏名	・ 女	被保険者 被扶養者	T・S・H 年 月 日	〒				
	※ID	オプション検査		乳がんマンモ・乳がん超音波・子宮頸がん・前立腺PSA・骨密度（超音波、DEXA）・その他（ ）					
2	フリガナ	男	区分	生年月日	住所	TEL	希望コース	第1希望日	第2希望日
	氏名	・ 女	被保険者 被扶養者	T・S・H 年 月 日	〒				
	※ID	オプション検査		乳がんマンモ・乳がん超音波・子宮頸がん・前立腺PSA・骨密度（超音波、DEXA）・その他（ ）					
3	フリガナ	男	区分	生年月日	住所	TEL	希望コース	第1希望日	第2希望日
	氏名	・ 女	被保険者 被扶養者	T・S・H 年 月 日	〒				
	※ID	オプション検査		乳がんマンモ・乳がん超音波・子宮頸がん・前立腺PSA・骨密度（超音波、DEXA）・その他（ ）					
4	フリガナ	男	区分	生年月日	住所	TEL	希望コース	第1希望日	第2希望日
	氏名	・ 女	被保険者 被扶養者	T・S・H 年 月 日	〒				
	※ID	オプション検査		乳がんマンモ・乳がん超音波・子宮頸がん・前立腺PSA・骨密度（超音波、DEXA）・その他（ ）					
5	フリガナ	男	区分	生年月日	住所	TEL	希望コース	第1希望日	第2希望日
	氏名	・ 女	被保険者 被扶養者	T・S・H 年 月 日	〒				
	※ID	オプション検査		乳がんマンモ・乳がん超音波・子宮頸がん・前立腺PSA・骨密度（超音波、DEXA）・その他（ ）					

※IDは健診センター処理欄

<健診センター処理欄>

〔備考〕

	版	本予約	W	発送
日付				
担当				

公立西知多総合病院 健診センター TEL : 0562-33-9800（直通）