

# 健康診断申込書

医療法人さくら会 金沢さくら医院 事務担当 行 <FAX:045-786-5541>

発送日 年 月 日

## 健康保険組合

フリガナ 事業所名(本社)	所在地 〒 -	担当者様名 TEL : - - FAX : - -
------------------	------------	---------------------------------

上記と連絡先が異なる場合(支店・営業所)はご記入願います

フリガナ 事業所名	所在地 〒 -	担当者様名 TEL : - - FAX : - -
--------------	------------	---------------------------------

お支払いについて
<input type="checkbox"/> 当日、ご本人が全額窓口精算 <input type="checkbox"/> オプション検査や自己負担分のみ窓口精算 (契約内容に則り、補助金額は健保請求) <input type="checkbox"/> 全額請求書にて請求(契約内容に則る、または10名以上のご予約の場合適応となる)
事前案内のご送付先について
<input type="checkbox"/> 本社へ送付 <input type="checkbox"/> 支店または営業所へ送付 <input type="checkbox"/> 受診者本人のご自宅へ送付

### 健康保険被保険者証 保険者番号

保険記号	保険番号	氏名(フリガナ)	性別	区分	生年月日	健診コース	希望オプション	健診希望日①	健診希望日②	備考欄
			男・女	1.本人 2.配偶者	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
			男・女	1.本人 2.配偶者	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
			男・女	1.本人 2.配偶者	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
			男・女	1.本人 2.配偶者	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
			男・女	1.本人 2.配偶者	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
			男・女	1.本人 2.配偶者	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
			男・女	1.本人 2.配偶者	昭・平 年 月 日			月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	

注1 ご予約は遅くとも受診希望日の2週間前までのお知らせ下さいませ(数か月先の予約も承っております)。

注2 胃カメラご希望の場合、実施曜日が月・木・金・土曜日に限定されております。尚、人気のメニューの為、早めのご予約を推奨致しております