

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"/> 補助金額は健保へ・その他超過分等は事業所へ請求書にて精算 (健保契約に則り、自己負担分は当日本人窓口精算) <input type="checkbox"/> 全額請求書にて会社請求(健保との契約に則る)
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	事前案内の送付先が個人宛の場合 送付先のご住所(ご自宅等)	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	〒	
			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 胃カメラをご希望の方は【月・水・木・金・土 AM】にてご予約を承っております。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。