

協会けんぽ健診(生活習慣病予防健診) FAX申込用紙

- ・付加健診及び乳がん、子宮がん検診につきましては、対象年齢の確認をお願いいたします。
- ・お申し込み頂きましても空き枠が無い場合、日程等ご希望に添えないこともございますのでご了承ください。
- ・記載漏れ等があると確認のご連絡をさせていただくことがあります。

〒649-0304 有田市箕島904 医療法人千徳会 桜ヶ丘病院
 TEL:0737-83-0078(平日 9時~17時) FAX:0737-82-5032(平日 9時~17時)
 メール:jjika@cherry-hill.or.jp

送信日 / /	枚数 /
事業所名	ご担当者名
	メールアドレス
郵便番号・住所	
電話番号	FAX番号
保険者番号	保険【記号】

No.	保険【番号】	フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	希望の 健診	胃検査			併用受診			第1希望日	第2希望日	オプション希望記入欄
								胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診			
1			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
2			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
3			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
4			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
5			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
6			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
7			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
8			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
9			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	
10			男・女	昭・平 年 月 日	〒 自宅) 携帯)	自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	胃 カメラ	胃透視 (バリ ウム)	胃なし	付加	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	