

FAX

社会医療法人 潤心会  
熊本セントラル病院 健診センター

TEL 096-285-5650

FAX 096-285-5810

# <個人> 人間ドック・健康診断 申込書

送信日: 年 月 日

フリガナ 氏名				
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日	
住所	〒 -			
ご連絡先	TEL	FAX		
会社名				
加入保険 組合名	保険証の下部に記載されている保険者名をご記入ください。			
コース	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック <input type="checkbox"/> レディースドック(月曜のみ) <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム(胃透視) ※希望する検査方法をお選び下さい <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 2日通所ドック ※胃検査は、胃カメラのみです <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活習慣病予防健診 バリウム(胃透視) 全国健康保険協会 ★1 保険証情報 ( 保険者番号 記号 番号 枝番 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	希望日	第1希望 年 月 日 ( )	第2希望 年 月 日 ( )	第3希望 年 月 日 ( )
	支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口支払い <input type="checkbox"/> 会社請求 ★2		
	・健診資料 ・検査キット 送付先★3	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 〒 -		
	その他	希望オプションや、質問事項等ございましたらこちらにご記入ください。		

★1 当日は必ず、保険証をご持参ください。

★2 会社によっては、会社請求ができない場合があります。

★3 人間ドックコース以外の方の個人結果、会社控えは同一住所への送付になります。

