

＜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				性別 男 ・ 女
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日			年度年齢 歳
自宅住所	〒 -			
連絡先	TEL		FAX	
事業所名				
事業所住所	〒 -			
加入保険 組合名			保険者 番号	
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。★1				
コース	☐ 日帰り人間ドック ☐ レディースドック(月・木・金) ☐ 脳ドック		(☐ 胃カメラ ☐ バリウム(胃透視)) ※希望する 検査方法をお選び下さい	
	☐ 2日通所ドック ※胃検査は、胃カメラのみです			
	☐ 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		記号	番号
			枝番	)
☐ その他 ()				
希望日	第1希望	年	第2希望	年
	月 日 ()		月 日 ()	
支払方法	☐ 窓口支払い ☐ 事業所請求 ★2		健診結果 会社控え	☐ 必要 ☐ 不要
・健診資料 ・検査キット 送付先	☐ 上記自宅 ☐ 上記事業所 上記住所と異なる場合 〒 -			
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、マイナンバーカード又は保険証をご持参ください。

★2 原則、協会けんぽ補助利用を含む5名様以上または人間ドック利用で事業所請求も可能です。



社会医療法人 潤心会

熊本セントラル病院