

健診申込書 定期健康診断(法定)

一般財団法人
日本健康管理協会
新宿健診プラザ

- 《検査項目》 診察、血圧、身長、体重、視力、聴力、血液検査、心電図、尿検査、胸部X線検査
 《健診料金》 9,000円(消費税別)
 ◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありませぬ。
 《申込方法》 受診日をご予約後、必要事項ご記入のうえ、新宿健診プラザ宛FAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)		
健康保険証の記号		事業所ご担当者	

▼健康調査票送付先: 支店 自宅 その他(_____) 上記所在地と異なる場合はご記入ください。

送付先名称			
送付先住所	〒 _____		
電話番号	(_____)	送付先ご担当者	

* 予約時間枠は下記の中からお選びください

第1部 7:30~7:45 第2部 8:30~8:45 第3部 9:30~9:45 第4部 10:30~10:45 第5部 11:30~11:45
 第6部 12:30~12:45 第7部 13:30~13:45

※※平日の第5部と土曜日の第7部は男性のみです。

※土曜日は変則営業となっております。詳細はお電話でお問合せいただくか、弊社HPにてご確認ください。

健康保険証の 個人番号	本人・ 配偶者 の別	フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日		備考
					予約時間枠		
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	
	本・配		男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日	第 部	