

定期健康診断申込書

発送先住所 〒

下記のとおり定期健康診断を申し込みます。

平成 年 月 日

(一財)日本健康管理協会 山形健康管理センター
〒990-0813 山形市桧町四丁目8-30
TEL (023)664-0351 FAX (023)681-7916

事業所名
または
個人名

TEL 担当者名

| 保険の記号 | * | 保険証の番号 | 保険の種類 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 本人・配偶者の別 | Aコース 7,560円 | オプション | | | 健診の希望月 | * |
|-------|---|--------|------------|------|---|-----|--------------|----------|----------------|------------------|------------------|-----------------|--------|---|
| | | | | 氏 | 名 | | | | | 胃X線検査 +8,748円 | 便潜血検査 +1,728円 | 血液追加 +3,024円 | | |
| | | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 大昭平 年 月 日 | 本・配 | Aコース (法定項目) | 胃X線検査 | 便潜血検査 | Aコース 血液追加 | 年 月 | |
| | | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 大昭平 年 月 日 | 本・配 | Aコース (法定項目) | 胃X線検査 | 便潜血検査 | Aコース 血液追加 | 年 月 | |
| | | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 大昭平 年 月 日 | 本・配 | Aコース (法定項目) | 胃X線検査 | 便潜血検査 | Aコース 血液追加 | 年 月 | |
| | | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 大昭平 年 月 日 | 本・配 | Aコース (法定項目) | 胃X線検査 | 便潜血検査 | Aコース 血液追加 | 年 月 | |
| | | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 大昭平 年 月 日 | 本・配 | Aコース (法定項目) | 胃X線検査 | 便潜血検査 | Aコース 血液追加 | 年 月 | |
| | | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 大昭平 年 月 日 | 本・配 | Aコース (法定項目) | 胃X線検査 | 便潜血検査 | Aコース 血液追加 | 年 月 | |

* 印欄は記入しないで下さい。

◎複写式ではありませんので、控えが必要の際は、コピーしてから送付して下さい。

※上記オプションは、定健専用です。他のオプションは別紙にてお申し込みください。

| |
|-----------|
| 健診車の希望の有無 |
| 有 ・ 無 |