

定期健康診断申込書

※赤線内をご記入ください。

国保の方、35歳未満の方など、
法定項目を受診される方のお申込書です。

発送先住所 〒
.....
.....

事業所名
または
個人名
.....

TEL 担当者名

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

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		
	1	社・国 組・共	けんこう たらう	健康 太郎	男・女 平	大昭平 1年 1月 1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	00年 4月	
	2	社・国 組・共	けんこう はなこ	健康 花子	男・女 平	大昭平 51年 1月 1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	00年 4月	
		社・国 組・共			男・女 平	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 血液追	年	
		社・国 組・共			男・女 平	大昭平 年 月 日	本・配	Aコース (法定項目)	一般健診の血液項目に、アルブミン・総蛋白・総ビリルビン LDH・アミラーゼ・血小板数・血液像を追加します。				
		社・国 組・共			男・女 平	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 平	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。													健診車の希望の有無
◎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。													有 ・ 無

※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。