

定期健康診断申込書

発送先住所 000-0000

下記のとおり定期健康診断を申し込みます。

00 年 00 月 00 日

山形県山形市〇〇町〇ー〇ー〇〇

(一財)日本健康管理協会 山形健康管理センター

〒990-0813 山形市桜町四丁目8-30

TEL (023)664-0351

FAX (023)681-7916

事業所名

または

個人名 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

TEL 023-000-0000

担当者名 健康 一郎

保険者番号	123456789											
記号	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 8,360円	オプション			健診の希望日	*
			氏名					胃X線検査 +8,910円	便潜血検査 +1,760円	血液追加 +3,080円		
12345	123	社・国 組・共	ケンコウ タロウ 健康 太郎	男 女	昭 平 00 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 (13項目)	00 月 00 日	
		社・国 組・共		男 女	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 (13項目)	月 日	
		社・国 組・共		男 女	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 (13項目)	月 日	
		社・国 組・共		男 女	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 (13項目)	月 日	
		社・国 組・共		男 女	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 (13項目)	月 日	
		社・国 組・共		男 女	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 (13項目)	月 日	

◎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、定期健康診断専用のオプション検査です。他のオプションをご希望の方は、別紙オプション申込書にてお申し込みください。

※料金は消費税込です。