

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。

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

| 保険者番号 | | | | | | | TEL | 担当者名 | | | | | |
|-------|----|------------|------|--|-----|------|----------|----------------|---------|---------|------------------------|--------|------|
| 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 | オプション | | | 健診の希望日 | * | |
| | | | 氏名 | | | | | Aコース | 胃X線検査 | 便潜血検査 | | | 血液追加 |
| | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 昭・平 | 本・配 | 8,360円 | +8,910円 | +1,760円 | +3,080円 | 月 日 | |
| | | 社・国 組・共 | | | 男・女 | 昭・平 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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。