

健康診断予約申し込み書

事業所名称：

事業所所在地： 〒

担当者名：

電話番号：

FAX：

保険者番号：

被保険者証記号：

※予約時間帯…9：00～、9：30～ 10:00～ 10:30～

«ご予約に際して»

・ご希望日は余裕を持った日付でご記入ください。(2週間以降の日程)

・35～74歳の協会けんぽ被保険者の胃部検査のキャンセルは、特別な理由がない限り補助対象外となり、全額自己負担での受診となります。

※胃部キャンセル理由：①胃部治療中 ②他院で検査実施 ③アレルギー・妊娠等医学的理由

	月	火	水	木	金	土
一般健診	●	●	●	●	●	●
バリウム検査	●	●	●	●	●	●
胃カメラ検査		●	●	●	●	

被保険者番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	健診コース	胃検査 (協会けんぽ・ドックのみ)	希望日 (第1・第2)	時間	備考 オプション
(例) 55	ホウセンカ タロウ	女・男 昭 平 成 令 和	54年 3月 21日	<input checked="" type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入 ③	4/1	9:00	
	豊泉家 太郎					4/2	9:30	
		女・男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入	/	:	
		女・男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入	/	:	
		女・男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入	/	:	
		女・男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入	/	:	
		女・男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入	/	:	
		女・男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入	/	:	
		女・男	年 月 日	<input type="checkbox"/> 【協】一般 <input type="checkbox"/> 【協】若年 <input type="checkbox"/> 【協】節目 <input type="checkbox"/> 企業② <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 夜勤者 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> プレミアムドック	胃検査 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 経口鎮静 理由※上記番号記入	/	:	

◎健診結果の事業所様控えに関して、下記に✓をお願い致します。

- 不要
 PDFデータ(CD-R)
 PDFデータ(メール)
 紙(モノクロA4)

⇒メールアドレス：

◎ご請求に関して、下記に✓をお願い致します。

- 当日支払い
 請求書払い⇒月締め or 全員まとめて

請求書払いの場合、上記いずれかに○をお願い致します。

医療法人成和会

北大阪ほうせんか病院健診センター

TEL：072-644-7111 FAX：072-641-7033

Eメール：kenshin@seiwa-h.org