

健康診断申込書

Fax 093-511-2264

小倉記念病院 健康管理センター

下記（太枠内）にご記入のうえ、協会けんぽ生活習慣病予防健診対象者一覧と一緒にFAXをお願いします。**5営業日以内**に当院よりご連絡させていただき、予約確定となります。

《事業所名》

《住所・所在地》

〒

《TEL》

《FAX》

ご連絡先 **※必須**

《TEL》

《ご担当者》

《お支払方法》 下記に○をお願いします

《会社用結果表》 下記に○をお願いします

窓口払い

・ 事業所請求

必 要

・ 不 要

※事業所請求の場合、振込み時の手数料は 貴社負担となります。

《備 考》

◆受診者情報◆ ※協会けんぽ健診の方は『生活習慣病予防健診対象者一覧』をご利用ください。

※協会けんぽ健診**対象外**の方は下記に記入して下さい。

記入例

保険番号	氏名・フリガナ	性別	生 年 月 日	コース名	健診希望日 第2希望まで記入		オプション等
276	キネン ハナコ 記念 花子	男・女	1986/11/11	別紙① コース表 参照	3/3	3/6	子宮がん検診 胃カメラ(口) 等
		男・女					
		男・女					
		男・女					
		男・女					
		男・女					
		男・女					

健康管理センター記入欄

※事業所様での記入は不要

【送付物】 問診票 ⇒ 事・自宅・その他() 【他コース】 無 ・ 有
結果表 ⇒ 事・自宅・その他() 政付加 政G単独 135 145 165
労安・白黒同意書 説明済・依頼済 > 115 125 定A 定B その他()
⇒ 事・自宅・その他() 【受付時間】 済

【支払い】 協MG 窓・事 / 本・支
O P 窓・事 / 本・支
カメラ差額 窓・事 / 本・支
協付加 窓・事 / 本・支

受 付 者	資格確認	マスタ確認