

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、FAXをお願い致します  
7 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	135	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 キャンセル料説明 済  
協付加 窓・事 / 本・支

受 付 者	資格確認	マスタ確認