

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申込書と一緒にFAX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
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 窓口払い ・ 事業所請求 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 必 要 ・ 不 要 </div>
※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申込書』をご利用ください。【別紙②記入例参照】

※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	キネシ ハナコ	男	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 等
		記念 花子	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（ ） 135 145 165 定A
 労安・白黒く同意書 説明済・依頼済 > 115 125 その他（ ）
 ⇒ 事・自宅・その他（ ） 【受付時間】 済
 【支払い】 協MG 窓・事 / 本・支 【申込書】（ / ） 事・当
 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	マスタ確認