

●個人様向け申込書

フリガナ				
ご自身の氏名				
生年月日	S	・	H	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 —			
TEL	—		—	
FAX	—		—	
所属の企業名/ご担当者名				
企業の所在地	〒 —			

* ご加入健康保険の種類について

組合名		保険証の記号	
		保険証の番号	

* 受診を希望する健康診断の種類と予定人数について

1: 定期健康診断A	名	6: 婦人科(乳がん)	名
2: 定期健康診断B	名	7: 婦人科(子宮がん)	名
3: 雇用時健康診断	名	8: 人間ドック(半日)	名
4: 協会けんぽ生活習慣病健康診断	名	9: 人間ドック(1日)	名
5: 成人病予防健康診断	名	10: その他特殊健診	名

* 健康診断実施希望日・時間について

第一希望	月 日 曜日	時間: 時 分
第二希望	月 日 曜日	時間: 時 分
第三希望	月 日 曜日	時間: 時 分

* 料金のお支払い方法について (※基本的には初めてのお客様は当日現金支払いになります。)

- () 当日現金支払い
 () 請求書発行による月締め会社支払い
 () その他(一部当日個人負担等、詳細については営業担当者と調整)

* お支払い請求先、健診結果送付先について

	会社請求の際の請求書送付先	健診結果送付先
会社名		
ご住所	〒	〒
TEL		
FAX		
ご担当部署/氏名		