

健康診断申込書（特定健康診査）

◆この申込書で、福山市**集団**健診のお申し込みは出来ません。

◆折り返し、2～3週間以内に当センターより日程についてのご連絡をいたします。

※確定日は当センターにて記入いたします。

健診日	第一希望	年	月	日	()
	第二希望	年	月	日	()
	※確定日	※	年	月	日

【お客様情報】

フリガナ お名前		生年月日	西暦（和暦）	年	月	日				
		性別	男 ・ 女							
自宅ご住所	〒									
電話番号	(昼間連絡可能な番号をご記入ください)									
保険者番号						保険者名				
保険証記号										
保険証番号						加入区分	本人 ・ 配偶者 ・ 家族			
受診券整理番号							有効期限	年	月	日
窓口の自己負担額	基本項目： _____ 円 ・ 詳細項目： _____ 円					契約	集合A ・ 集合B ・ 個別			
受診内容	<input checked="" type="checkbox"/> 特定健康診査									
オプション項目	※希望する場合は✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診（X線検査） <input type="checkbox"/> 胃がん検診（内視鏡検査） <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診									

▼備考欄

(健診関係の書類や請求書等の送付先に指定がある場合は、下記欄を利用してご記入ください。)

--

… ご連絡先 … 一般社団法人 福山市医師会健診センター <予約専用> TEL 084-999-3335 / FAX 084-999-3339
