

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
<input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> 事業所請求		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
<small>※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。</small>		
《保険者番号》		《備考》
《保険証記号》		

◆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 Ⓜ Ⓜ	S Ⓜ 5. 10. 10	135	3/3	3/6
			男・女 Ⓜ Ⓜ	S H				
			男・女 Ⓜ Ⓜ	S H				
			男・女 Ⓜ Ⓜ	S H				
			男・女 Ⓜ Ⓜ	S H				
			男・女 Ⓜ Ⓜ	S H				

----- **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・白黒く同意書 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

キャンセル料説明 済

受付者	資格確認	マスタ確認