

まつもと医療センター 生活習慣病予防健診申込書

〒

企業名

住所

担当者名

TEL

保険者番号

FAX

フリガナ		生年月日	OS OH		性別	○男 ○女
受診者名						
保険証記号		保険証番号				
健診種類	☐ 一般 ☐ 節目 ☐ 若年 ☐ 子宮単独					
オプション等	☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨粗しょう症					
胃部検査	☐ 胃カメラ（経口） ☐ 胃カメラ（経鼻） ☐ バリウム ☐ 胃部検査なし					
案内・結果 郵送先	☐ 会社 ☐ 本人自宅		本人自宅 郵送先	〒		
支払方法	☐ 会社請求 ☐ 窓口請求(会社宛領収書) ☐ 窓口請求(個人宛領収書)					

フリガナ		生年月日	OS OH		性別	○男 ○女
受診者名						
保険証記号		保険証番号				
健診種類	☐ 一般 ☐ 節目 ☐ 若年 ☐ 子宮単独					
オプション等	☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨粗しょう症					
胃部検査	☐ 胃カメラ（経口） ☐ 胃カメラ（経鼻） ☐ バリウム ☐ 胃部検査なし					
案内・結果 郵送先	☐ 会社 ☐ 本人自宅		本人自宅 郵送先	〒		
支払方法	☐ 会社請求 ☐ 窓口請求(会社宛領収書) ☐ 窓口請求(個人宛領収書)					

フリガナ		生年月日	OS OH		性別	○男 ○女
受診者名						
保険証記号		保険証番号				
健診種類	☐ 一般 ☐ 節目 ☐ 若年 ☐ 子宮単独					
オプション等	☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨粗しょう症					
胃部検査	☐ 胃カメラ（経口） ☐ 胃カメラ（経鼻） ☐ バリウム ☐ 胃部検査なし					
案内・結果 郵送先	☐ 会社 ☐ 本人自宅		本人自宅 郵送先	〒		
支払方法	☐ 会社請求 ☐ 窓口請求(会社宛領収書) ☐ 窓口請求(個人宛領収書)					

※ 3 名以上の健診ご希望の場合は、複数枚を記載の上お送りください。 TEL: 0263-86-2574

まつもと医療センター 健診担当 229-kenshin@mail.hosp.go.jp FAX: 0263-86-2689