

健康診断申込書

		お申込日		令和	年	月	日
事業所名	フリガナ						
事業所所在地	〒						
電話番号	()	FAX番号	()				
担当部署			担当者様名	フリガナ			
ご加入健康保険組合名			保険者番号				

◎ご請求書送付先 ※事業所所在地と異なる場合のみご記入下さい。

送付先名称							
送付先住所	〒						
電話番号	()	送付先担当者様名					

◎健診コースはご加入の健康保険組合ホームページやパンフレットなどでご確認ください。

健康保険組合の補助を利用しない場合は、銀座医院ホームページよりご希望の健診コースを選択してください。

◎申込書を送付いただいた時点では、予約確定ではございません。

空き状況を確認いたしまして、当院担当者より2～3営業日以内にご連絡を差し上げます。

お申込受付

◎お申込は、別紙「申込受診者票」にご記入の上、本用紙と共に
下記FAX番号またはメールアドレスへ送信ください。

銀座医院 健康管理センター

FAX : 03-3541-1194

Mail : kenshin-info@ginzahospital.com

申込受診者票

受診日		受診者名	事業所名		保険証		備考	受診決定日 当院記入欄
			性別	生年月日(和暦)	番号	健診コース		
第一希望	第二希望							
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日				令和 年 月 日 () 午前・午後