

若年健診申込書

8,800円(税込)

(多摩健康管理センター)

FAX 042-529-1810

| | | | |
|----------|---------------|---------------|--|
| 事業所名称 | | | |
| 事業所所在地 | 〒 _____ | | |
| | TEL () _____ | FAX () _____ | |
| 健康保険証の記号 | | 事業所のご担当者名 | |

| 健康保険証の番号 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 希望するものに○をつけてください | | 健診予約日 <small>午前・午後 ○をしてください</small> |
|----------|------|-----|--------------|------------------|-------------|--|
| | お名前 | | | 胃 *9,900 | 便 *1,100 | |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |
| 本人・家族 | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | 年 月 日 午前・午後 |

※ 胃部X線・便潜血検査は、別途費用が加算されます。
 ※ 子宮頸がん検査は、追加検査ができますので、ご希望の方はお申し出ください。
 料金は自己採取 *1,760円(全日)、医師採取 *3,388円(火・木のみ)です。