

# 若年健診申込書

8,000円(税抜)

(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 午前・午後 ○をしてください
	お名前			胃 *9,000	便 *1,000	
		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						

平成26年4月1日より適用

※費用は別途消費税加算

- ※ 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 \*1,600円(全日)、医師採取 \*3,080円(火・木のみ)です。