

# 協会けんぽ会場健診申込書

多摩健康管理センター

Fax 042-529-1810 TEL 042-529-1811

当センター予約担当者

※ F A X 前に必ずお電話にてご予約ください。

(フリガナ)  
 事業所名称 \_\_\_\_\_  
 〒 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_

事業所  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 Fax番号 \_\_\_\_\_  
 担当者名 \_\_\_\_\_

健康保険証の 保険者番号	健康保険証の 記号
-----------------	--------------

健康保険証の 番号		氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	健診コース (希望に○を記入ください)		健診予約日	会場名 (コード)
					一般 健診	若年 健診		
続柄	本人・家族	.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
		.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
続柄	本人・家族	.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
		.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
続柄	本人・家族	.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
		.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
続柄	本人・家族	.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
		.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
続柄	本人・家族	.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	
		.....	男・ 女	S . H	一 般 健 診	若 年 健 診 オ プ シ ョ ン (胃・便)	年 月 日	

※一般健診は、続柄が(本人)で S22.4.2~S62.4.1生まれ(35歳以上75歳未満)の方のみです。  
 ※若年健診で、胃部X線・便潜血検査希望の場合、別途料金が加算されます。  
 ご希望の場合はオプション欄に○でご記入ください。