

平成28年度
人間ドック・脳ドック・婦人科検査
受診申込書

事業場名				ご担当者名			
郵便番号		TEL		FAX			
所在地							

ご加入の健康保険組合

<input type="checkbox"/> 1.全国健康保険協会管掌健康保険 (協会けんぽ)	<input type="checkbox"/> 4.国民健康保険
<input type="checkbox"/> 2.組合管掌健康保険組合	<input type="checkbox"/> 5.その他
<input type="checkbox"/> 3.共済組合	

ご加入の 2. 3. 4. 5. の健康保険組合は、名称を下記にご記入ください。

名称	
----	--

◆ 下記、太線内に必要事項をご記入、該当事項の□に☑をご記入ください。 ※ご記入いただきました「個人情報」につきましては、当財団からの健康診断業務に関する、ご連絡・ご案内・その他必要なお知らせのためのみに利用いたします。 ※予約状況により、ご希望の日にご予約を承ることができない場合もございます。その場合はご了承ください。

ご受診者	性別	生年月日	ご受診希望コース	オプション検査を希望する	ご受診希望日 第2希望日までご記入ください	法人会補助
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□ 昭和 □ 平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> Rコース 86,400円(税込)	<input type="checkbox"/> ① 腫瘍マーカー検査セット <input type="checkbox"/> ④ 乳房X線検査	第1希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
氏名 様			<input type="checkbox"/> Sコース 64,800円(税込)			
自宅住所			<input type="checkbox"/> Aコース 45,360円(税込)	<input type="checkbox"/> ③ 子宮がん検査	第2希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自宅電話 ()	携帯電話 ()		<input type="checkbox"/> R+婦人科検査 100,800円(税込)			
			<input type="checkbox"/> S+婦人科検査 79,200円(税込)	※Rコース・Sコースには①②が含まれています。		
			<input type="checkbox"/> A+婦人科検査 59,760円(税込)			
			<input type="checkbox"/> 脳ドック 48,600円(税込)			

ご受診者	性別	生年月日	ご受診希望コース	オプション検査を希望する	ご受診希望日 第2希望日までご記入ください	法人会補助
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□ 昭和 □ 平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> Rコース 86,400円(税込)	<input type="checkbox"/> ① 腫瘍マーカー検査セット <input type="checkbox"/> ④ 乳房X線検査	第1希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
氏名 様			<input type="checkbox"/> Sコース 64,800円(税込)			
自宅住所			<input type="checkbox"/> Aコース 45,360円(税込)	<input type="checkbox"/> ③ 子宮がん検査	第2希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自宅電話 ()	携帯電話 ()		<input type="checkbox"/> R+婦人科検査 100,800円(税込)			
			<input type="checkbox"/> S+婦人科検査 79,200円(税込)	※Rコース・Sコースには①②が含まれています。		
			<input type="checkbox"/> A+婦人科検査 59,760円(税込)			
			<input type="checkbox"/> 脳ドック 48,600円(税込)			

ご受診者	性別	生年月日	ご受診希望コース	オプション検査を希望する	ご受診希望日 第2希望日までご記入ください	法人会補助
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□ 昭和 □ 平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> Rコース 86,400円(税込)	<input type="checkbox"/> ① 腫瘍マーカー検査セット <input type="checkbox"/> ④ 乳房X線検査	第1希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
氏名 様			<input type="checkbox"/> Sコース 64,800円(税込)			
自宅住所			<input type="checkbox"/> Aコース 45,360円(税込)	<input type="checkbox"/> ③ 子宮がん検査	第2希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自宅電話 ()	携帯電話 ()		<input type="checkbox"/> R+婦人科検査 100,800円(税込)			
			<input type="checkbox"/> S+婦人科検査 79,200円(税込)	※Rコース・Sコースには①②が含まれています。		
			<input type="checkbox"/> A+婦人科検査 59,760円(税込)			
			<input type="checkbox"/> 脳ドック 48,600円(税込)			