

《 健康診断 》 申込書

(企業様向け)

❖ 申込書は【FAX】にてお申込ください

【FAX】 025-284-2588

加入健康保険組合		お支払方法	窓口払い・口座振込
事業所・団体名			
事業所・団体所在地 (郵便番号)	〒	健診ご担当者様	
事業所・団体所在地 (住所)		電話番号	
		FAX	
保険者番号		保険証 記号	

▼健診ご案内文書・問診票等の事前送付先(支店・営業所・ご自宅等)が上記住所と異なる場合はご記入ください。

営業所・支店所在地 (郵便番号)	〒	営業所・支店名	
営業所・支店所在地 (住所)		電話番号	
		FAX	

	保険証 番号	フリガナ	性別	生年月日 (和暦)	受診希望 コース	受診希望日 (第1希望)	受診希望日 (第2希望)	備考 ※特記事項があれば ご記載ください。
		受診者氏名						
(例)	15	ミナミ 知 南 太郎	男・女	S60年4月1日	協会けんぽ 生活習慣病予防健診	R6年10月1日	R6年10月15日	胃カメラ(鼻)希望 ※胃カメラは口・鼻をお選びください
1			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
2			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
3			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
4			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
5			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
6			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
7			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
8			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
9			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
10			男・女	年 月 日		年 月 日	年 月 日	



医療法人 恒仁会
新潟南病院

ドック健診センター

〒950-8601 新潟市中央区鳥屋野2007番地6
TEL 025-284-2511 FAX 025-284-2588
ご不明な点がございましたらお気軽にお問合せください