

人間ドック・健康診断申込書

【FAX】 042-521-1771

ふりがな				大正	年	月	日
氏名	男 女			生年月日	昭和	年	月
住所	〒 - -						
電話番号	- -		日中の連絡先	- -			
健康保険	健康保険組合名称						
	※正式名称をご記入ください。						
	記号	番号	○を付けて下さい。				
会社名	保険者番号(8ケタ) 被保険者 ・ 配偶者 ・ 扶養者						

① 希望コースに○をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	日帰りドック	<input type="checkbox"/>	生活習慣病健診
<input type="checkbox"/>	一泊ドック	<input type="checkbox"/>	定期健康診断
<input type="checkbox"/>	脳ドック	<input type="checkbox"/>	特定健康診査
<input type="checkbox"/>	肺ドック	<input type="checkbox"/>	婦人科健診
<input type="checkbox"/>	心臓ドック	<input type="checkbox"/>	アミノインデックス
<input type="checkbox"/>	ドック65	<input type="checkbox"/>	その他 ()

契約によって異なりますので、
受診券等をご確認ください。

② オプション検査はご希望ですか。

<input type="checkbox"/>	はい	➔	【希望項目をご記入ください。】
<input type="checkbox"/>	いいえ		

③ 受診希望日をご記入ください。

平成 年 月 日 (曜日)

平成 年 月 日 (曜日)

平成 年 月 日 (曜日)

日程の詳細につきましては担当者よりご連絡いたします。
予約状況により、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

医療法人財団
立川中央病院附属健康クリニック
予約専用ダイヤル 0120-137-322
(8:30~16:30)