

※病院使用欄

下記必要事項をご入力（ご記入）いただき、予約フォームに添付してお送り下さい

※ 申込みが確認出来次第、こちらからお電話いたしますのでしばらくお待ちください

(1ヶ月先からのご予約となります)

※この健診は被保険者（本人）の方が  
対象となります

記入例

フリガナ ①事業所	カブシキガイシャ〇〇〇〇 株式会社〇〇〇〇			フリガナ ②支店名（営業所名）	カブシキガイシャ〇〇〇〇 〇〇〇シテン 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇支店		
所在地（任継は自宅）	〒 大阪府和泉市〇〇町 〇〇丁目 〇			所在地	〒		
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
ご担当者	〇〇 〇〇			ご担当者	〇〇 〇〇		
健康保険証保険者番号 (1)	99999999			※左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）はこちらにご記入ください			
健康保険証記号 (2)	2170023						
案内・結果の郵送先	①事業所						

- ※ 案内・結果は個別封筒に封入し全て①又は②のいずれかに送付致します。（受診者様自宅への配送は不可）
- ※ 事前の案内は、順次発送致します。受診日の2週間前に届いていない場合は、ご連絡ください。
- ※ 全ての検査は、毎月・平日（土日祝除く）の午前中に実施です。（日程が変更する場合もございます）
- ※ 乳がん検診（月）（木）受診できません。
- ※ 受診日当日に協会けんぽの被保険者の資格を喪失されている方は受診できません。
- ※ お支払いは、当日個別でのお支払いとなります。（請求書対応不可）
- ※ 健診当日の内容変更・追加は出来ません。必ず2週間前までにお電話をお願いします。

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	00487
	令和 2年 4月 10日 交付	
(2)	記号 21700023	番号 1 (枝番) 00
氏名	協会 太郎	
生年月日	平成 元年 5月 10日	
性別	男	
資格取得年月日	令和 2年 4月 1日	
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇	
(1)	保険者番号 99999999	
保険者所在地	〇〇市〇〇町 9-99-99	

