

健康診断申込書（個人用）

お申込み年月日： 年 月 日

下記お申込用紙に必要事項を記載されご確認の上、FAXにてお申し込みください。
後ほど、当院よりご連絡差し上げます。（火、木、祝祭日は休診です）

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	年	月	日
住所	〒				
	TEL：		FAX：		
事業所名					
保険者番号(8桁)		記号		番号	

①印をつけてください

事前書類送付先	<input type="radio"/> 個人様の自宅（上記住所）				
	<input type="radio"/> 事業所				
	〒				
	TEL：		FAX：		

お支払方法	<input type="radio"/> 個人様による当日支払い				
	<input type="radio"/> 後日、事業所請求書送付（結果票と共にお送りします。）				
	<input type="radio"/> その他ご希望がある場合（ ）				

結果票送付先	<input type="radio"/> 個人様の自宅				
	<input type="radio"/> 事業所				
	<input type="radio"/> その他ご希望がある場合（ ）				

健診項目	A：協会けんぽの生活習慣病予防健診(35歳以上の被保険者が対象です。) ※全国健康保険協会より送付されている対象者一覧表を当院へお送りください。 または、保険証を見ながら受診者様情報欄の保険者番号、記号・番号を記載してください。				
	B：御社指定項目で実施（指定項目を申込書と一緒に送って下さい。）				
	C：入社時・雇入れ健康診断(労働安全衛生規則43条)				
	D：労働安全衛生法に基づく定期健康診断(労働安全衛生規則44条)				
	E：当院メニュー・その他（ ）				

希望日	第一希望	年	月	日	（ ）
	第二希望	年	月	日	（ ）
	※混雑時はご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。				

備考	
----	--

医療法人康仁会 西岡病院 健診センター

＜休館日＞ 毎週火・木曜日、祝祭日 ☆土・日 平常診療
 ＜健診受付時間＞ 8：30～10：30 14：00～15：30
 ＜所在地＞ 〒799-0421 愛媛県四国中央市三島金子2丁目7-22
 （代表） TEL：0896-24-5511 FAX：0896-23-0590
 （健診センター直通） TEL&FAX：0896-28-8110