

FAX送信先：054-645-1707

2

# 2019年度 健康診断お申込書

入力日  
入力者

送付先・お支払方法等  
必ずご指定ください

事業所様コード

事業所様名称

ご担当者様

事業所様ご住所

TEL:

FAX:

ご加入の健康保険組合

保険記号

受診票・結果票ご送付先:	<input type="checkbox"/> 変更なし
お支払方法	<input type="checkbox"/> 変更なし
変更がある場合は下記□に✓をご記入ください。	
受診票ご送付先:	<input type="checkbox"/> 左記住所 <input type="checkbox"/> 左記住所以外
結果票ご送付先:	<input type="checkbox"/> 左記住所 <input type="checkbox"/> 左記住所以外
コース料金お支払:	<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日 <input type="checkbox"/> その他
お支払い料金お支払:	<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日 <input type="checkbox"/> その他

◆オプション欄には、別紙料金表②をご参照の上、ご希望の番号に○をつけてください。また、ご希望日は第3希望までご記入ください。

個人コード ※ご記入は不要です。	保険番号	フリガナ お名前	性別	生年月日	協会けんぽ補助利用			志太医師会オリジナルコース					その他 コース名	オプション				希望日	受診決定日 (スタッフ記入)				
					一般 健診	付加 健診	ドック	胃バリ ウム	胃カメ ラ	婦人 科	A コース	A+血 コース		B コース	雇入れ コース	C コース	子宮 がん			1	2	3	4
【ご記入例】 ※新規受診の方は楷書でご記入ください。 <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。 〒426-0072 藤枝市南駿河台1-7-14	1	フジエダ タロウ 藤枝 太郎	男	S45.1.1	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4/3	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4/4	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4/5	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん	定期		定期					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん	夜勤者		夜勤者					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん	定期		定期					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん	夜勤者		夜勤者					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん	定期		定期					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
(スタッフ記入欄) <ご住所> ※変更のある方は修正を、新規の方はご記入をお願いいたします。							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	子宮 がん	夜勤者		夜勤者					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	

胃バリウム実施→○  
未実施→×をご記入ください。

胃バリウムを胃カメラ  
に変更できます。  
鼻・口どちらかをお  
選びください。  
追加料金 ¥5,400

協会けんぽ未加入の方、  
または35歳未満の方  
は白の志太医師会オリ  
ジナルコースからお選  
びください。

子宮  
がん  
乳がん  
有機 特化  
C-37