

健康診断申込書

事業所所在地 〒	TEL
事業所名	様

健康保険証の 保健康者番号	健康保険証の記号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類をいずれかを○で囲んでください(定期健診はコース番号を記入ください)		健診と併せて受診する場合は○で囲んでください		健診希望日	備考	
健康保険証の番号					一般健診	付加健診	定期	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM	
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				
			男女	昭平	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース				

※一般健診とは、全国健康保険協会の被保険者本人で今年度35～74歳になられる方が受診できる、
 全国健康保険協会管掌の生活習慣病予防健診です。
 ※今年度で75歳を迎える方は、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。
 ※氏名の変更があった方は備考欄に旧姓をご記入ください。

〒849-8522 佐賀市兵庫南3丁目8-1
 独立行政法人地域医療機能推進機構
 佐賀中部病院 健康管理センター
 TEL0952-28-5311 FAX0952-28-5322