

①住所 〒 -

申込事業所名

担当者名

電話番号 ()

※ 資料送付先が①とは別の場合は下記に送付先を記入してください。

②住所 〒 -

申込事業所名

担当者名

電話番号 ()

※この申込書を印刷していただきFAXでご送信お願いいたします。

健康保険被保険者の保険者番号		健康保険被保険者の記号		基本健診項目 (該当健診に○してください)		一般健診と併せて受診する場合は ○で囲んでください		健診日	開始時間	その他オプション・備考
健康保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	子宮頸がん 検診 (単独)	健保対象 付加健診	乳がん 検診 (マンモ)	子宮 頸がん 検診			
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							
		男	昭 ・ 年 月 日	○				月 日		
		女	平							

【注意事項】

※ 健診ご希望の場合は事前予約が必要となります。
 ※ オプション検査をご希望の場合は別紙より『オプション検査』欄へ記入してください。
 ※ 婦人科健診は月曜日～金曜日、第一・第三週土曜日の実施となります。
 ※ 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。

【健診費用の精算】

※ 健診費用の精算について該当項目に○してください。

基本健診
 ① 当日窓口本人払い
 ② 会社より一括支払
 (月末締め、翌月10日前後に請求)

オプション検査
 ① 当日窓口本人払い
 ② 会社より一括支払

【お問い合わせ先】

社会医療法人愛仁会
 愛仁会総合健康センター
 〒569-1143
 大阪府高槻市幸町4番3号
 TEL: 0120-109-941 (フリーダイヤル)
 FAX: 072-692-9290

【個人結果の送付先】

※ 結果報告書を送付先について該当項目に○してください。

① 個人宅宛
 ② 会社(担当者)宛 (上記①住所・②住所)
 ③ 会社(個人)宛 (上記①住所・②住所)

予約受付時間
 平日 9:00～16:00
 土曜日 9:00～12:00