

健康診断申込書

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 ()

No.	フリガナ 氏名	性別	生年月日	基本健診項目 (該当健診に○してください)			オプション検査	健診項目の中で希望しない検査 (該当検査に○してください)			受診日 (事前予約)	備考
				若年 健診	定期 健診A	定期 健診B		胃 部 レントゲン なし	胸 部 レントゲン なし	心 電 図 なし		
1		男・女	大正昭和 平成 年 月 日	若年 健診	定期 健診A	定期 健診B	胃 部 レントゲン なし	胸 部 レントゲン なし	心 電 図 なし	月 日		
2		男・女	大正昭和 平成 年 月 日	若年 健診	定期 健診A	定期 健診B	胃 部 レントゲン なし	胸 部 レントゲン なし	心 電 図 なし	月 日		
3		男・女	大正昭和 平成 年 月 日	若年 健診	定期 健診A	定期 健診B	胃 部 レントゲン なし	胸 部 レントゲン なし	心 電 図 なし	月 日		
4		男・女	大正昭和 平成 年 月 日	若年 健診	定期 健診A	定期 健診B	胃 部 レントゲン なし	胸 部 レントゲン なし	心 電 図 なし	月 日		
5		男・女	大正昭和 平成 年 月 日	若年 健診	定期 健診A	定期 健診B	胃 部 レントゲン なし	胸 部 レントゲン なし	心 電 図 なし	月 日		

【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。

【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。

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

【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

- 当日窓口本人払い
- 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

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

【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

予約受付時間
平日 9:00～16:00
土曜日 9:00～12:00