

浦添総合病院健診センター専用 <2-1>
 2023 年度全国健康保険協会健診予約申込書
 TEL 0570-010-986
 FAX 098-879-1156

① 事業所名 _____
 ② 所在地 〒 _____
 ③ 連絡先 Tel _____ ④ 担当者名 _____

- ◎ 予約の際、新規予約者様の電話番号・ご住所を確認する場合があります。ご担当者様はお手元にご準備ください。
- ◎ 午前の胃カメラ（5,500 円税込）は半日ドックの方を優先しております。一般健診・付加健診の胃カメラご希望の方は午後健診をお勧めします。
- ◎ 保険番号・日程など全て記入後、初回提出時は必ず支払依頼書と併せて提出ください。（午後健診は火～金のみのご予約となります。）
- ◎ 保険証が家族（被扶養者）・国民健康保険の方は、備考にご記入をお願いします。尚、保険証変更になりましたら予約日前に必ずご連絡下さい。

⑤健康保険被保険者証の保険者番号	⑥被保険者証の記号

⑦ 支払い方法（別紙 支払依頼書へ記入後、予約申込書と併せてご送付ください。）

⑧健康保険証の番号	フリガナ		⑩性別	⑪ 生年月日	⑫ 希望受診日			⑬ 健診コース ※ いずれかに○をつけて下さい	⑭ 追加検査 ※ 子宮・マンモ等 ※ 胃カメラ・バリウム項目等	備考
	⑨ 氏名				第1希望	第2希望	第3希望			
(例) 123	ウラソエ	ケンシン	男 Ⓞ 女	Ⓞ 平 5年 9月 1日	4/1 午前・午後	4/2 午前・午後	4/3 午前・午後	一般・付加 半日ドック 定期 44 条・定期 A・定期 B・定期 C	胃バリウム ・胃なし マンモ・子宮希望	※番号・日程等全て記入後、必ず提出ください。
			男 女	昭 平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後	一般・付加・半日ドック 定期 44 条・定期 A・定期 B・定期 C	胃バリウム・胃なし	
			男 女	昭 平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後	一般・付加・半日ドック 定期 44 条・定期 A・定期 B・定期 C	胃バリウム・胃なし	
			男 女	昭 平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後	一般・付加・半日ドック 定期 44 条・定期 A・定期 B・定期 C	胃バリウム・胃なし	
			男 女	昭 平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後	一般・付加・半日ドック 定期 44 条・定期 A・定期 B・定期 C	胃バリウム・胃なし	
			男 女	昭 平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後	一般・付加・半日ドック 定期 44 条・定期 A・定期 B・定期 C	胃バリウム・胃なし	

