浦添総合病院健診センター専用 〈2-1〉
2022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

◎ 胃カメラ検査へ変更の場合、差額料金（5,500円）のご負担となります。（要予約）
尚、午前の胃カメラは半日ドックの方で大変混み合いますので一般健診の方は午後健診での胃カメラをお勧めします。
◎ 健康診断の受付時間は⑫で午前午後どちらかに〇を付けてください。（午後健診は火～金のご予約のみとなります。）

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 ⑨ 氏　　名	⑩性別	⑪ 生年月日 S62年8月18日	⑫ 希望受診日			⑬ 健診コース ※ いずれかに〇をつけて下さい	⑭ 追加検査 ※ 子宮・マンモ等 ※ 胃ｶﾒﾗ・ｵﾌﾟｼｮﾝ項目等	備考
				第1希望	第2希望	第3希望			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			

2022年度全国健康保険協会健診予約申込書（浦添総合病院健診センター専用）〈2-2〉

事業所名

⑧健康保険証の番号	フリガナ ⑨ 氏　　名	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・ｵﾌﾟｼｮﾝ項目等	備考
				第1希望	第2希望	第3希望			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			
			SH 年 月 日	月 日 午後	月 日 午後	月 日 午後			