

浦添総合病院健診センター専用 <2-1>
2020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 _____

◎ このご案内は医療機関への申込書（仮予約）となっておりますので予約後ただちに全国健康保険協会へ所定用紙で申込み（投函）下さい。

◎ 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）

◎ 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、予約申込書と合わ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 ※ いずれかに〇をつけて 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			
			男	昭 年 月 日				一般・付加・半日ドック		
			女	平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後			
			男	昭 年 月 日				一般・付加・半日ドック		
			女	平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後			
			男	昭 年 月 日				一般・付加・半日ドック		
			女	平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後			
			男	昭 年 月 日				一般・付加・半日ドック		
			女	平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後			
			男	昭 年 月 日				一般・付加・半日ドック		
			女	平 年 月 日	午前・午後	午前・午後	午前・午後			

