浦添総合病院健診センター専用 〈2-1〉

2021 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。（午後健診は月〜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	⑫ 希望受診日 第１希望	第２希望	第３希望	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
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		

2021 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 第１希望	⑫ 希望受診日 第２希望	⑫ 希望受診日 第３希望	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
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		