

FAX : 0853-31-9964

生活習慣病予防健診 予約申込書

申込日 令和 年 月 日

注意：対象年齢は35歳～74歳です。

保険者番号		事業所名		TEL			
保険証の記号		担当者名		FAX			
保険証の番号	氏名	氏名 (ひらがな)	性別	生年月日	健診希望日	希望時間	備考

* 諸事情により受けられない検査項目がある場合は備考欄に記入をお願いします。9～10時以外をご希望の場合はお電話下さい。

料金のお支払方法	<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 本人お支払い <input type="checkbox"/> その他 ()		
オプション検査料	肝炎検査 <input type="checkbox"/> 会社負担 <input type="checkbox"/> 本人負担	その他の検査 <input type="checkbox"/> 会社負担 <input type="checkbox"/> 本人負担	

注意) 肝炎検査結果は御本人のみにお伝えします。

案内の郵送先住所	〒	
結果の郵送先住所	〒	<input type="checkbox"/> 同上

〒693-0021

島根県出雲市塩冶町1156

永岡内科医院



TEL : 0853-31-9963