

定期健康診断 申込用紙

【 健診料金 】

Aコース 9,900円 (税込) / Bコース 5,940円 (税込)

事業所名 (フリガナ)	事業所住所 / 電話番号 〒 _____ 電話 (_____) _____		
ご担当者名 (フリガナ)	健康保険組合名 (保険者名称)	保険者番号	保険証記号
様			

フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	保険証番号	健診コース ○をつけて ください	オプション ※ご希望のオプションに○をつけるか オプション名をご記入ください	予約希望日 ※希望日を ご記入ください	備考
□あり	男	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	① 月 日	
	女			B]ー入		② 月 日	
□あり	本人 家族			A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	③ 月 日	
	男			B]ー入		① 月 日	
□あり	女	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	② 月 日	
	本人 家族			B]ー入		③ 月 日	
□あり	男	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	① 月 日	
	女			B]ー入		② 月 日	
□あり	本人 家族			A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	③ 月 日	
	男			B]ー入		① 月 日	
□あり	女	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	② 月 日	
	本人 家族			B]ー入		③ 月 日	
□あり	男	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	① 月 日	
	女			B]ー入		② 月 日	
□あり	本人 家族			A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	③ 月 日	
	男			B]ー入		① 月 日	
□あり	女	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	② 月 日	
	本人 家族			B]ー入		③ 月 日	
□あり	男	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	① 月 日	
	女			B]ー入		② 月 日	
□あり	本人 家族			A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	③ 月 日	
	男			B]ー入		① 月 日	
□あり	女	昭・平 年 月 日		A]ー入	【オプション】 子宮がん マンモ 乳工コー 【その他オプション】	② 月 日	
	本人 家族			B]ー入		③ 月 日	

・問診票等の送り先が上記住所と異なる場合、下記へ住所をご記入ください。
 問診票・健診結果票とも下記住所へ 問診票のみ下記へ 結果票のみ下記へ
 【住所】 〒 _____

電話 (_____) _____

【 実施日 】 月曜日～金曜日(祝日、年末年始12/29～1/3を除く)

【 受付時間 】 10:30～11:00 ※オプション検査で『胃カメラ』を追加した方は、8:00～8:30となります。

※状況によって受付時間が変更となる場合があります。詳しくはお問合わせください。

JCHO船橋中央病院 健康管理センター

TEL : 047-433-5885 (直通)

月曜日～金曜日 (祝日を除く)
電話受付 12:00～16:30

FAX : 047-437-5565 (24時間受付)

E-mail : kenkan-yoyaku@funabashi.jcho.go.jp

* メールにて申込用紙を送信される場合は、添付ファイルにロックをかけパスワードをご記載ください