

健康診断申込書

請求方法や受診案内送付先について記載をお願いいたします。		
基本健診	会社請求	個人請求(当日窓口支払い)
オプション検査	会社請求	個人請求(当日窓口支払い)
受診案内送付先	会社	個人宅

事業所名などの情報の記載をお願いいたします。		
事業所名		
住所	〒	
担当者 :	TEL :	FAX :

保険者番号	保険証記号
-------	-------

※①受診歴→倉敷中央病院リバーサイドまたは倉敷中央病院を健康診断も含め受診されたことがあるかをご記入ください。

※②健診コース名→定期健康診断Bをご受診いただく場合は、空腹時血糖(AMのみ受診可)・随時(食後)血糖(AM/PM受診可)のどちらを希望するか健診コース名の欄に記載をお願いいたします。

※③オプション検査→乳がん検診を受診される方は検査の種類(マンモグラフィ、乳腺超音波)をご記入ください。

また、協会けんぽや倉敷市の補助を利用してオプション検査の受診を希望する場合は、その旨も合わせてご記入ください。(例：協会子宮がん検診、市マンモグラフィ)

	保険証 番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	※①受診歴	住所	※②健診コース名	※③オプション検査	希望日	
例	123	ケンシン ハナコ 健診 花子	女	S32.4.5	有	〒712-8007 倉敷市鶴の浦2-6-11	定期健康診断B(空腹)	マンモグラフィ・子宮がん検診	① 2/2AM	② 3/3AM
1									①	②
2									①	②
3									①	②
4									①	②
5									①	②
6									①	②