

## 村上病院 健康診断申込書

## 【お申込み方法】

お申込日： 年 月

- ①以下の必要事項をご記入ください。  
 ②受診者様情報は別紙『健康診断受診者名簿』にご記入ください。  
 ③ご記入後、申込書と受診者名簿を当院へFAXをお願いします。

希望日は、詳細打ち合わせの後、決定させていただきます。

事業所名称 住所	部署名	
	(フリガナ)	
	ご担当者名	印
	電話番号	
	FAX番号	
加入健康保険組合	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 [ ] 支部 <input type="checkbox"/> その他健康保険組合 [ ]	保険証記号 ( )
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み <input type="checkbox"/> 後日、請求書にて窓口支払い	
領収書名	<input type="checkbox"/> 会社名 <input type="checkbox"/> 個人名	

希望月	・第一希望 月	・第二希望 月	※お急ぎの際は、事前にお問い合わせください。		
受診コース	①一般健診2,750円コース		名	備考	
	②一般健診6,925円コース		名	定期健診 / 雇入時健診	
	③生活習慣病予防健診(協会けんぽ補助利用)		名		
	④付加健診(今年度40歳、50歳の方)		名		
	⑤一日ドック		名		
	⑥一泊二日ドック		名		
	⑦脳ドック		名		
	⑧		名		
	⑨		名		
	⑩		名		
	オプション検査	・骨密度検査		名	
		・前立腺腫瘍マーカー検査		名	
		・動脈硬化検査		名	
		・腹部超音波検査		名	
・胃部X線検査			名		
・胃内視鏡検査			名		
・便潜血反応検査(2日法)			名		
・血液型			名		
・頭部MRA			名		
・心臓超音波検査			名		
書類送付先	※請求書・結果票等の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。 〒 - 〇〇〇〇〇〇 ご担当者名 ( ) 電話番号 ( )				

## ▼連絡欄(ご要望など)

--

当院へFax(017-729-8887)またはメールでお申込みください。申込書到着後、当院担当と詳細打ち合わせ後に予約確定となります。

## 村上病院 健康診断 受診者名簿

太枠内の氏名、生年月日、受診コース、希望日をご記入のうえ、当院までFAXをお願いします。

FAX受信後、当院より連絡させていただき、詳細打ち合わせ後、希望日が決定いたします。

希望日が決定いたしましたら、本用紙に決定日を記入のうえ当院よりFAXさせていただきます。確認のほどよろしくお願いたします。

事業所名称：

電話番号

(担当者名)

No	フリガナ	性別	生年月日	受診コース (申込書の希望番号又はコース名をご記入下さい)	備考 (オプション等ご記入ください。胃カメラの場合は 鼻/口を選択し、記入してください)	健診希望日	決定日
	氏名						
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )
		男女	昭平 . .			/ ( )	/ ( )

当院へFax(017-729-8887)またはメールでお申込みください。申込書到着後、当院担当と詳細打ち合わせ後に予約確定となります。

※受診者様多数の場合は、本用紙コピーにてご使用ください

村上病院 健康診断メールアドレス  
[murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp](mailto:murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp)



〒030-0843 青森市浜田3丁目3-14  
 TEL 017-729-8888 (代表) FAX : 017-729-8887

※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。