

# 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	
		F A X 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		
	⑦一泊二日ドック (午後からコース)	名		
	⑧脳ドック	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		
・頭部MRA		名		
・心臓超音波検査	名			
・睡眠時無呼吸検査	名			
・アレルギー検査	名			
・	名			

※一般健診は、定期健診または雇入時健診に○をつけてください。

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。 〒                      - <div style="text-align: right;">ご担当者名 (                      )    電話番号 (                      )</div>		
-------	---	--	--

▼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。 年 月 日  
 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ひいたします。

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 . .			/ ( )	/ ( )

**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。