

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 []	保険者番号 ()
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6,930円コース	名	定期健診 / 雇入時健診	
	②協会けんぽ生活習慣病予防健診	名		
	③上記②+付加健診 (今年度40歳、50歳の方)	名		
	④一日人間ドック	名		
	⑤協会差額ドック	名		
	⑥一泊二日人間ドック	名		
	⑦一泊二日人間ドック (午後からコース)	名		
	⑧脳ドック	名		
		名		
		名		
		名		
		名		
	オプション検査	・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		
・腹部超音波検査		名		
・心臓超音波検査		名		
・脳ドック (人間ドックのみ)		名		
・頭部MRI / 頭部MRA		名		
・腫瘍マーカー検査 (CEA,CA19-9,AFP)		名		
・前立腺腫瘍マーカー検査 (PSA)		名		
	名			
	名			
	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。 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 F A X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。

事業所名称： _____

ご担当者： _____

電話番号： _____

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。胃部検査は、胃カメラ(鼻・口) / バリウム検査を選択してください)	第一希望日	第二希望日
	氏名							
1			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
2			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
3			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
4			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
5			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
6			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
7			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
8			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
9			男	昭			/ ()	/ ()
			女	平				
10			男	昭			/ ()	/ ()
			女	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



医療法人 芙蓉会
村上病院

〒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。

村上病院 健康診断 受診者名簿【協会けんぽ生活習慣病予防健診】

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 F A X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。

事業所名称： _____ ご担当者 _____

保険者番号： _____ 保険記号： _____ 電話番号 _____

No	フリガナ		性別	生年月日	受診コース (胃部検査をお選びください)	備考 (保険番号、オプション等をご記入下さい)	第一希望日	第二希望日
	氏名	氏名						
1			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
2			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
3			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
4			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
5			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
6			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
7			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
8			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
9			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	平				
10			男	昭	協会けんぽ生活習慣病予防健診 (バリウム・胃内視鏡 鼻 / 口)	保険番号：	/ ()	/ ()
			女	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



医療法人 芙蓉会
村上病院

〒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