

村上病院 健康診断申込書（企業用）

【お申込み方法】

お申込日： 年 月 日

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。

ご記入後、申込書と受診者名簿をあわせて F A X またはメールで
お送りください。

【村上病院】

Fax : 017-729-8887

メール : murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp

事業所名称 住 所			(フリガナ)	
			ご担当者名	
			電 話 番 号	
			F A X 番 号	
			メールアドレス	
お支払方法		当日、全額窓口支払い（個人名・会社名）		
		全額会社請求（後日、請求書を郵送致します。）		
		一部会社請求（詳細をお知らせください。）		
	※お振込みの場合、銀行より領収書が発行されます。 当院の領収書が必要な方はお知らせください。			（必要・不要）
領収書名		会社名		
		個人名		
書類送付先	<u>※書類・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。</u>			
	〒	—		
	ご担当者名（		）	電話番号（
				）

▼連絡欄（ご要望など）

--



医療法人 芙蓉会
村上病院

〒030-0843 青森市浜田3丁目3-14

◆ 電話受付 8:30 ~ 16:30

TEL : 017-729-8888 (代表)

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またはメールをお送りください。

確認後、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：

①協会けんぽ一般健診

④1日人間ドック

⑦脳ドック

②協会けんぽ一般健診：付加健診（年度40・50歳）

⑤一泊二日ドック

⑧村上病院一般健診（6,930円コース）

③協会けんぽ差額ドック

⑥一泊二日ドック（午後からコース）

⑨村上病院一般健診（2,750円コース）

No	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	受診コース (希望番号を ご記入下さ	①～⑥の方は 胃の検査をお選びください	①～③の方は 保険証番号を ご記入ください	オプション	第一希望	第二希望
1		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
2		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
3		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
4		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
5		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
6		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
7		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
8		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
9		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							
10		男	昭		胃カメラ（鼻）				
		女	平		胃カメラ（口）				
		バリウム							

※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