

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FAX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

住所 事業所名称	〒	—	(フリガナ)	
			ご担当者名	
			電話番号	
			FAX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）

--

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（40、45、50、55、60、65、70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		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
	氏名									
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