

村上病院 健康診断申込書（企業用）

お申込日： 年 月 日

【お申込み方法】

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。 当院領収書の発行 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
TEL：017-729-8888（代表）

◆ 電話受付 8：30～12：00
13：00～16：00
健診直通：017-752-1122

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

⑤村上病院 1日人間ドック

⑨その他

②協会けんぽ節目健診(年度40、45、50、55、60、65、70歳)

⑥一泊二日ドック(フルコース)

③協会けんぽ若年健診(年度20、25、30歳)

⑦脳ドック

④協会けんぽ差額ドック(35歳以上)

⑧村上病院一般健診(7,480円コース)

No	フリガナ		性別	生年月日 記入例 25・5・12	受診コース (希望の番号を ご記入下さい)	①②④⑤の方は 胃の検査をお選びください	①～④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	氏名								
1			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
2			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
3			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
4			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
5			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
6			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
7			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
8			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
9			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				
10			男	昭		胃カメラ(鼻)				
			女	平		胃カメラ(口)				

※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

医療法人 美善会
村上病院

《健康診断申込》

◆メール：murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp

◆電話受付 8:30～12:00 13:00～16:00

◆FAX：017-729-8887

TEL：017-752-1122 (健診専用ダイヤル)

〒030-0843 青森市浜田3丁目3-14

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 ご記入ください ご担当者: ご記入ください
 保険者番号 保険記号: 電話番号:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------|------|
| ①協会けんぽ一般健診 | ⑤村上病院 1日人間ドック | ⑨その他 |
| ②協会けんぽ 節目健診(年度40、45、50、55、60、65、70歳) | ⑥一泊二日ドック (フルコース) | } |
| ③協会けんぽ 若年健診(年度20、25、30歳) | ⑦脳ドック | |
| ④協会けんぽ 差額ドック(35歳以上) | ⑧村上病院 一般健診 (7,480円コース) | |

No	フリガナ		性別	生年月日 <small>記入例 25・5・12</small>	受診コース <small>(希望の番号を ご記入下さい)</small>	①②④⑤の方は 胃の検査をお選びください			①～④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					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
1	ムラカミ 知	太郎	男	昭	45・1・1	①	<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)	25	受診コース①②③ ④は保険証番号 が必要です。	4/1	4/4
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
2	ムラカミ ハコ	花子	男	昭	50・3・3	②	<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)	26		4/2	4/5
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
3	キムラ ジロウ	次郎	男	昭	5・2・2	⑧	<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)		便検査 腫瘍マーカー (CEA・CA19-9・AFP)	4/3	4/6
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
4			男	昭			<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)		オプションを付け ることができます。 オプションのみ 当日自己負担も 可能です。		
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
5			男	昭			<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)				
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
6			男	昭			<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)				
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
7			男	昭			<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)				
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
8			男	昭			<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)				
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
9			男	昭			<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)				
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	バリウム				
10			男	昭			<input type="radio"/>	胃カメラ(鼻)				
			女	平			<input type="radio"/>	胃カメラ(口)				
							<input type="radio"/>	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

《健康診断申込》

◆ メール: murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp

◆ 電話受付 8:30 ~ 12:00 13:00 ~ 16:00

◆ FAX: 017-729-8887

TEL: 017-752-1122 (健診専用ダイヤル)

