

会 員 健 診 申 込 書

受付番号 _____

医療機関名 _____

TEL _____

〒
医療機関住所 _____

FAX _____

*太枠の中をご記入ください。

①			②						③		④			
保険証 No. 加入年月日	フリガナ 氏 名		性別	希望健診機関 に○印を付け てください。	希望健診日時			申し込み 健診 コース	医師国保に 加入されて いる方はご 自身の助成 対象区分を ○印で囲ん でください	(1)有料検査 検査項目欄の「申込コード」 をご記入ください	負担金			
	生年月日	生年月日			第1希望	決定 日時	第2希望					決定 日時	第3希望	決定 日時
医師国保・その他			男	健康センター	オープン病院	月 日		月 日		月 日		10,000円 コース	10,000	有料検査 有・無
				予防医学協会	社の都産業保健会	()		()		()		.		
T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日		女	中央診療所	仙台循環器病センター	AM・PM		AM・PM		AM・PM		29,800円 コース	29,800	
医師国保・その他			男	健康センター	オープン病院	月 日		月 日		月 日		10,000円 コース	10,000	有料検査 有・無
				予防医学協会	社の都産業保健会	()		()		()		.		
T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日		女	中央診療所	仙台循環器病センター	AM・PM		AM・PM		AM・PM		29,800円 コース	29,800	
医師国保・その他			男	健康センター	オープン病院	月 日		月 日		月 日		10,000円 コース	10,000	有料検査 有・無
				予防医学協会	社の都産業保健会	()		()		()		.		
T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日		女	中央診療所	仙台循環器病センター	AM・PM		AM・PM		AM・PM		29,800円 コース	29,800	
医師国保・その他			男	健康センター	オープン病院	月 日		月 日		月 日		10,000円 コース	10,000	有料検査 有・無
				予防医学協会	社の都産業保健会	()		()		()		.		
T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日		女	中央診療所	仙台循環器病センター	AM・PM		AM・PM		AM・PM		29,800円 コース	29,800	
医師国保・その他			男	健康センター	オープン病院	月 日		月 日		月 日		10,000円 コース	10,000	有料検査 有・無
				予防医学協会	社の都産業保健会	()		()		()		.		
T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日		女	中央診療所	仙台循環器病センター	AM・PM		AM・PM		AM・PM		29,800円 コース	29,800	

※必ず「第3希望」までご記入ください。記載が無い場合は、一度ご返却させていただく場合もございます。