

会員健診申込書【FAX用】

受付番号 _____

日程が決まりましたら、健診機関からFAXでお知らせします。

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。	第1希望		第2希望		第3希望		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			決定 日時	決定 日時	決定 日時	決定 日時	決定 日時	有・無				
医師国保・その他		男	健康センター	月 日		月 日		月 日		10,186円 コース	10,186		有料検査 有・無
			オープン病院	()		()		()					
			杜の都産業保健会										
T・S・H・R	T・S・H	女	子防医学協会	AM・PM		AM・PM		AM・PM		30,352円 コース	30,352		
年 月 日	年 月 日		仙台循環器病センター										
			中央診療所										
			みやぎ健診プラザ										
医師国保・その他		男	健康センター	月 日		月 日		月 日		10,186円 コース	10,186		有料検査 有・無
			オープン病院	()		()		()					
			杜の都産業保健会										
T・S・H・R	T・S・H	女	子防医学協会	AM・PM		AM・PM		AM・PM		30,352円 コース	30,352		
年 月 日	年 月 日		仙台循環器病センター										
			中央診療所										
			みやぎ健診プラザ										
医師国保・その他		男	健康センター	月 日		月 日		月 日		10,186円 コース	10,186		有料検査 有・無
			オープン病院	()		()		()					
			杜の都産業保健会										
T・S・H・R	T・S・H	女	子防医学協会	AM・PM		AM・PM		AM・PM		30,352円 コース	30,352		
年 月 日	年 月 日		仙台循環器病センター										
			中央診療所										
			みやぎ健診プラザ										
医師国保・その他		男	健康センター	月 日		月 日		月 日		10,186円 コース	10,186		有料検査 有・無
			オープン病院	()		()		()					
			杜の都産業保健会										
T・S・H・R	T・S・H	女	子防医学協会	AM・PM		AM・PM		AM・PM		30,352円 コース	30,352		
年 月 日	年 月 日		仙台循環器病センター										
			中央診療所										
			みやぎ健診プラザ										

※太枠内を全てご記入ください。特に保険証No. の記入漏れにご注意願います(医師国保以外の健康保険の方は保険証No. の記入は不要です)。
 ※希望健診日時は必ず第3希望までご記入ください。

☆データでの申込も可能です。申込方法は別紙《会員健診申込方法》または仙台市医師会ホームページをご確認ください。