

江南病院健康診断申込書(生活習慣病予防健診)

平素より江南病院をご利用頂きありがとうございます。以下の該当する項目にチェックをし、必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送下さい。

※用紙が不足する場合はお手数ですが、コピーにてご使用下さい。
 ※FAXまたは郵送後は、折り返しこちらからご連絡させていただきます。

ご本人様情報		西暦 年 月 日			
ふりがな 本人氏名			生年月日	性別	
住所	〒				
TEL	-		FAX	-	
保険証 情報	保険者番号				
	記号			番号	

健診 コース	<input type="checkbox"/> 一般健診(35歳~74歳未満) <input type="checkbox"/> 付加健診(40歳および50歳) <input type="checkbox"/> 乳がん・乳がん検診(40歳以上の偶数年女性) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(36、38歳の女性) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(単独)(20歳~38歳の偶数年女性)			希望日	第1 希望	月 日		
					第2 希望	月 日		
案内 郵送先	<input type="checkbox"/> 本人様住所 <input type="checkbox"/> 事業所様住所	結果 郵送先	<input type="checkbox"/> 本人様住所 <input type="checkbox"/> 事業所様住所	結果 報告書	<input type="checkbox"/> 本人様分 1通 <input type="checkbox"/> 本人様+事業所様分 2通			
	お支払い方法 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日事業所様へ請求 </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: top;"> 事業所様へ請求の場合はチェック下さい。 ※オプション検査を実施される場合は、その費用は <input type="checkbox"/> 当日窓口にて本人様支払い <input type="checkbox"/> 後日事業所様へ請求 ※胃カメラにて生検(組織検査)を実施した場合は、 <input type="checkbox"/> 当日窓口にて本人様支払い <input type="checkbox"/> 後日事業所様へ請求 </td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日事業所様へ請求	}
<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日事業所様へ請求	}	事業所様へ請求の場合はチェック下さい。 ※オプション検査を実施される場合は、その費用は <input type="checkbox"/> 当日窓口にて本人様支払い <input type="checkbox"/> 後日事業所様へ請求 ※胃カメラにて生検(組織検査)を実施した場合は、 <input type="checkbox"/> 当日窓口にて本人様支払い <input type="checkbox"/> 後日事業所様へ請求						
※オプション検査の追加、またはご要望等ございましたらご記入下さい。 []								

事業所様情報	
事業所名	
住所	〒
TEL	- - - FAX - - -

★健診申込・お問い合わせ先★

〒862-0970 熊本市中央区渡鹿5丁目1番37号
 一般財団法人杏仁会 江南病院 健康管理室

TEL(代表) 096-375-1112

FAX 096-362-9826

TEL(直通)①070-6452-3673

②070-5497-5712