

# 健康診断受診申込書

こちらの用紙にご記入の上、**FAX**にてお申し込み下さい。

貴社名		住所	〒	ご担当者名	
ご加入の健康保険組合		ご連絡先	TEL FAX	健康保険証 記号	

保険証番号	氏名・フリガナ	性別	区分	生年月日	住所	電話番号	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
		男・女	本人・被扶養者	昭・平 年 月 日生	〒		生活習慣病健診 健康診断 心電図なし 健康診断 心電図あり		

追加オプション検査

保険証番号	氏名・フリガナ	性別	区分	生年月日	住所	電話番号	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
		男・女	本人・被扶養者	昭・平 年 月 日生	〒		生活習慣病健診 健康診断 心電図なし 健康診断 心電図あり		

追加オプション検査

保険証番号	氏名・フリガナ	性別	区分	生年月日	住所	電話番号	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
		男・女	本人・被扶養者	昭・平 年 月 日生	〒		生活習慣病健診 健康診断 心電図なし 健康診断 心電図あり		

追加オプション検査

保険証番号	氏名・フリガナ	性別	区分	生年月日	住所	電話番号	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
		男・女	本人・被扶養者	昭・平 年 月 日生	〒		生活習慣病健診 健康診断 心電図なし 健康診断 心電図あり		

追加オプション検査

後程、溪仁会円山クリニックより、ご確認のご連絡をさせていただきます。



お問い合わせ  
お申し込み

TEL 011-611-7766  
FAX 011-611-7539