

年度 健康診断申込書

※印のご記入は必須でお願いします。

記入日 年 月 日
〒 -

※ 事業所名称 : _____ ※ ご担当者様名 : _____ ※ 事業所住所 : _____

※ 健康保険組合名称 : _____ ※ 保険者番号 : _____

*健診料金のお支払方法をお知らせください。(下記いずれかの口に○印をご記入ください。) 電話番号 : _____ FAX番号 : _____

- ①会社請求(後日ご請求書を送付) ②当日窓口払い
 ③オプション検査のみ当日窓口払い ④その他
 ()
 ()

◆その他ご要望やご質問等ございましたらご記入願います。

フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証 番号	受診コース	オプション	受診希望日①	受診希望日②	受診希望日③
		年 月 日	記号 番号					
		年 月 日	記号 番号					
		年 月 日	記号 番号					
		年 月 日	記号 番号					
		年 月 日	記号 番号					
		年 月 日	記号 番号					

○送信前に等クリニックにご連絡いただき、健診内容・詳細・空き状況等をご確認いただいたのち、当申込用紙にてお申込み下さい。
 ○各健康保険組合の補助・助成制度あるいはその他機関の制度をご利用の場合は、そちらへの申請も必要となる場合がございますのでご確認ください。

メディカルプラザ札幌健診クリニック
 MPSレディース健診クリニック
 TEL:011-209-5450
 FAX:011-209-5451

No.2

フリガナ 氏名	性別	生年月日		保険証 番号	受診コース	オプション	受診希望日①	受診希望日②	受診希望日③
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					

※ 事業所名称 : _____

メディカルプラザ札幌健診クリニック
 MPSレディース健診クリニック
 TEL:011-209-5450
 FAX:011-209-5451

No.3

フリガナ 氏名	性別	生年月日		保険証 番号	受診コース	オプション	受診希望日①	受診希望日②	受診希望日③
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					

※ 事業所名称 : _____

メディカルプラザ札幌健診クリニック
 MPSレディース健診クリニック
 TEL:011-209-5450
 FAX:011-209-5451

No.4

フリガナ 氏名	性別	生年月日		保険証 番号	受診コース	オプション	受診希望日①	受診希望日②	受診希望日③
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					
			年 月 日	記号 番号					

※ 事業所名称 : _____

メディカルプラザ札幌健診クリニック
 MPSレディース健診クリニック
 TEL:011-209-5450
 FAX:011-209-5451