

# 健康診断申込書

【健康保険被保険者証 保険者番号】
【健康保険被保険者証 記号】
【健康保険被保険者証 支部コード】

【住所】 〒 -	
【事業所名・部署名】	
【ご担当者名】	
【TEL】	【FAX】

No.	健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	当院の健診コース いずれかに☑を入れてください	協会けんぽ 生活習慣病予防健診	協会けんぽ 選択項目 どちらかに☑を入れてください	第1希望日	第2希望日	第3希望日	予約確定日
1			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
2			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
3			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
4			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
5			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
6			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
7			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
8			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
9			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分
10			男・女 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (追加料金3,000円)	月 日	月 日	月 日	月 日 時 分

【その他連絡事項】
-----------

**共立荻野病院**  
 〒442-0812 愛知県豊川市三上町雨谷口3 2番地  
 TEL : 0533-86-2161  
**FAX : 0533-86-0917**  
**e-mail : info-ogino@oginohp.or.jp**  
kyoritsuoginohp20241201