

# 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】

【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	住 所 電 話 番 号	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	希望日
1			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
2			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
3			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
4			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
5			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
6			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
7			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
8			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
9			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日
10			男・女	昭・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"/> 胃管内視鏡検査 ※	月 日

※ 内視鏡検査は追加料金(3,000円)が必要です。

【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番地  
 TEL : 0533-86-2161  
**FAX : 0533-86-0917**  
**e-mail : info-ogino@oginohp.or.jp**