

健康診断申込書

※裏面に申込手順が記載してありますので御参照ください

事業所名	
住所	〒 電話： () FAX： ()
健診担当者名	

連絡先

美濃市立美濃病院 健康管理室
〒501-3746
美濃市中央4丁目3番地
電話：0575-33-5050(予約専用)
FAX：0575-35-1126

受診者名簿 (受診票を作成しますので、各項目を必ずご記入下さい。)

氏名(フリガナ/漢字)	年齢	性別	生年月日	健診の種類	保険の種類	保険の記号・番号	予約希望日	備考欄
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				

※定期健診IIまたは人間ドック希望の方で骨密度(1,080円)希望の方は備考欄に『骨密度』と記載してください

※記載後はFAXにてお送りください。 FAX:0575-35-1126(美濃市立美濃病院 健康管理室)

ご記入頂いた情報は、当院健康診断事業の為以外には使用いたしません。

健康診断申込手順

まずは、ご希望日の予約状況確認のため美濃病院健康管理室へお電話ください。
健診予約電話受付時間13:00～16:30(月～金曜日) 祝日を除く

(予約状況確認後に以下の①～③の手順にて送付してください)

- ① 申込用紙に必要事項をご記入ください。
- ② 健診の種類のにずれかに○印をつけてください。
- ③ 全ての項目の記入が終わりましたらFAX(0575-35-1126)にてご送付ください。

以上で予約は完了です(受診日のおよそ10日前に問診表などをお送りいたします)。
 その他不明なことがあれば下記までお気軽にお問い合わせください。

お問合せ先: 0575-33-5050(直通)美濃市立美濃病院 みの健康管理センター

健康診断申込書記入例

事業所名	事業所名をご記入ください
代表者名	代表者名をご記入ください
住所	〒 郵便番号・住所・電話番号・FAX番号を記入して下さい 電話: () FAX: ()

受診者名簿 (受診票を作成しますので、各項目を必ずご記入下さい。)

氏名(フリガナ/漢字)	年齢	性別	生年月日	健診の種類	保険の種類	保険の記号・番号	予約希望日	備考欄
ケンコウ タロウ (記入例) 健康 太郎	53	男・女	S34年 5月 5日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック	協会けんぽ・本人	美あい・2356 記号1255463 番号224	5月22日	胃部検査なし ピロリ菌検査希望
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				
		男・女	年 月 日	定期健診 I 定期健診 II 人間ドック				

フリガナを必ずご記入下さい

どちらかに○をつけて下さい

受診する健診に○をつけてください

保険の種類と
本人・被扶養者等
を必ずご記入下さい

保険証の記号・番号を
必ずご記入下さい

受診希望日を
ご記入下さい

『胃部検査なし』等
連絡事項があれば
ご記入下さい

※用紙が足りない場合はコピーしてご使用ください