平成 29 年度　事業主健診(定期健診)　申込書

住所	〒　　－		
フリガナ		電話	
事業所名	担当者名（　　）	ＦＡＸ	
健診料金の支払い	□　月締め会社への請求　□受診日窓口払い　※会社内で統一をお願いいたします。		

健康保険証の保険者番号	健康保険証の記　号

※　保険者番号、記号及び本人番号の記入をお願いします
※　ご本人確認の為、フリガナ・性別・生年月日も確実にご記入願います。

受診希望月日	健康保険証番　号	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	定期健診	胃がん	大腸がん	乳がん	子宮がん	備　考
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						
／ AM PM				昭・平　・　・						

連絡事項	

＊　受診を希望する健診種別に○印をつけてください。
＊　がん健診希望は、午前の日程を選んでください。
＊　乳がん・子宮がん検診はできない日がありますのでご注意ください。
＊　「人間ドック希望」、その他は備考欄にご記入ください。

申込・問合	ゆきぐに大和病院　健友館 南魚沼市浦佐 4115 番地 TEL　025-777-4477 FAX　025-777-2989