

会社健診を受けられる方へ

福田医院：TEL：0854-85-8526 FAX：0854-85-7948

健康診断受付票

①事業所名称		⑥保険証記号	
②事業所所在地	〒	⑦結果送付先	
③電話・FAX		⑧請求書送付先	
④ご加入の健康保険組合名		⑨健診に必要な物送付先	
⑤保険者番号		⑩ご担当者氏名	
健診種別に○をして下さい→ 1) 会社 2) 船員 3) その他 ()		お支払い方法→ 1) 当日窓口で 2) 後日窓口で 3) 振込 ※1	

※1 振込手数料はお客様負担となります。ご了承ください。

※コースは別紙（検診コース一覧表）をご参照ください												健診を受けられる方について	
	受診日	コース	備考	住 所	氏 名	年齢	生年月日	性別	電話番号	保険証番号	区分	資格取得年月日	
例	R2.10.1	2		〒699-2211 大田市波根町2028	福田 花夫	65	S30.4.2	男・女	0854-85-8526	100	本人・家族	S60.4.2	
1								男・女			本人・家族		
2								男・女			本人・家族		
3								男・女			本人・家族		
4								男・女			本人・家族		
5								男・女			本人・家族		
6								男・女			本人・家族		
7								男・女			本人・家族		
8								男・女			本人・家族		
9								男・女			本人・家族		
10								男・女			本人・家族		

※人数が多い場合は別紙記入可