

↓この画面を印刷してお使い下さい。

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

個人健診を受けられる方へ

健康診断受付票

| | |
|-------------|-------------------------|
| ①お名前/性別 | ふりがな 男・女 |
| ②住 所 | 〒 |
| ③生年月日/年齢 | T・S・H (歳) |
| ④電話/FAX | |
| ご加入の健康保険組合名 | |
| ⑤保険者番号 | |
| ⑥保険証記号・番号 | ・ |
| ⑦本人・家族 | 本人 ・ 家族 |
| ⑧資格取得年月日 | |
| ⑨お支払い方法 | 1 当日窓口で 2 後日窓口で 3 振込 ※1 |
| ⑩結果の受取方法 | |
| ⑧請求書送付先 | |
| ⑨健診に必要な物送付先 | |

※1 振込手数料はお客様負担となります。ご了承ください。

| |
|------|
| 受診日： |
| コース： |

| |
|------|
| 備 考： |
|------|

※コースは健診コース一覧をご覧ください。