

健康診断申込書

<送付先>

〒705-0021 岡山県備前市西片上1122

医療法人草加草仁会草加病院

健康診断担当 健診担当者宛

TEL:0869-64-3811 FAX:0869-63-4538

Mail:kusakahp-kenshin@energy.ocn.ne.jp

保険者番号		連絡先	TEL() - FAX() -
健康保険証 記号			Mailアドレス
フリガナ			
事業所名	ご担当者様		
所在地			

料金のお支払い方法をご回答下さい。	<input type="checkbox"/> 受診日当日支払	<input type="checkbox"/> 後日会社請求
-------------------	----------------------------------	---------------------------------

被保険者 番号	フリガナ	生年月日	性別	健診の種類	受診希望日	住 所
	受診者氏名			①入社時健康診断 ②定期健康診断 ③その他		
		S・H 年 月 日	男・女		① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	〒 -
		S・H 年 月 日	男・女		① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	〒 -
		S・H 年 月 日	男・女		① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	〒 -
		S・H 年 月 日	男・女		① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	〒 -
		S・H 年 月 日	男・女		① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	〒 -

*用紙が不足する際は、コピーをしてお使い下さい。また、他の様式を使用されても結構です。