横須賀共済病院　健診予定者名簿

FAX:046-821-1388

事業所（住所1）

フリガナ 名称			
	ご担当者様	様	
所在地			
TEL		FAX	

連絡先（住所2）支店・営業所など左記と異なる場合のみ記入

フリガナ 名称			
	ご担当者様	様	
所在地			
TEL		FAX	

◎希望する方法を〇で囲んでください（必須）

案内送付先	自宅	住所 1	住所 2	
1日の受診人数	希望なし	1日1人	1日（　）人	←1日5人迄
支払方法	全て窓口支払	全て会社請求	＊会社請求一部窓口	
	＊（　　）			
	会社宛請求書の宛先	住所1・住所2		
結果報告書送付先	自宅	個人情報保護法により、ご自宅のみとさせていただきます		

＊　例：胃カメラは窓口払　など具体的に記入をお願いします

協会けんぽの申込書もあわせてFAXをお願いします。

診察券番号	（フリガナ） 健診者氏名	性別	生年月日 （和暦）	郵便番号・電話番号・住所	備考欄 （追加・変更項目他）	健診希望日 （日付・曜日・週）
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		
5	（旧姓） （　　）	男・女	S・H 年　月　日	〒　　TEL		