

# 横須賀共済病院 健診予定者名簿

FAX: 046-821-1388

事業所(保険証に記載されている名称・所在地)

左記と連絡先・請求先が異なる場合(支店・営業所)

(フリガナ)	
名称	
所在地	〒 (ご担当者様)
TEL	FAX

(フリガナ)	
名称	
所在地	〒 (ご担当者様)
TEL	FAX

◎希望する方法を○で囲んでください(必須)

案内送付先	自宅	会社宛	・本社 ・支店・営業所
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( )

\*例: 胃カメラは窓口払など具体的に記入

(フリガナ) 健診者氏名	性別	生年月日 (和暦)	当健診 センター のご利用	前回と変更が あればチェック	郵便番号	住所・電話番号	備考欄 (追加・変更項目他)	健診希望日 (日付・曜日・週)
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		
-----	男・女	S・H 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 氏名		TEL		

\* 協会けんぽの申込書もあわせてFAXをお願いします。