

横須賀共済病院 健診予定者名簿

FAX: 046-821-1388

事業所

名称	ご担当者様		様
所在地			
TEL		FAX	

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	ご担当者様		様
所在地			
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
支払方法	全て 窓口支払	全て 会社請求	*会社請求 一部窓口
	*()		
結果報告書 送付先	自宅	自宅と会社	・有料 ・要同意書

←1日
5人迄

* 例: 胃カメラは窓口払 など具体的に記入をお願いします

当院使用欄 (会員マスタ情報)	(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)
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		
		男・女	S・H 年 月 日	TEL		

* [協会けんぽの申込書もあわせてFAXをお願いします。](#)