人間ドック・各種健康診断申込書

事業所名：				保険証記号：	
健康保険組合名：				保険者番号：	
ご担当者名：				メールアドレス：	
事業所住所：				電話番号：	
事前資料送付先：	○をご記入ください	事業所（上記住所）	○	各ご自宅	
ご本人用結果送付先：					○

医療法人社団相和会
横浜総合健診センター
TEL：045-461-1230
FAX：045-594-6088

列1	保険証番号	氏名	カナ氏名	生年月日	本人/家族	性別	ご希望のコース	子宮がん	マンモグラフィ	乳房超音波	その他オプション検査	受診希望日①	受診希望日②	受診希望日③	自宅住所	本人連絡先	備考	予約確定日時（健診センター記入欄）
例1	1234	相和　太郎	ソウワ　タロウ	1972/6/1	被保険者	男	人間ドック				胃カメラ、PSA検査	2023/4/1	2023/4/3	2023/4/4	〒221-0056　横浜市神奈川区金港町3-1	000-0000-0000		20**/**/**　00:00受付
例2	1234	相和　花子	ソウワ　ハナコ	1973/8/1	配偶者	女	生活習慣病健診	○	○		骨塩定量検査	2023/4/1	2023/4/4	2023/4/5	〒221-0056　横浜市神奈川区金港町3-1	000-0000-0000		20**/**/**　00:00受付
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		