

企業・団体様 申込書

会社名 :

住所 : 〒

TEL :

FAX :

MAIL :

事前資料送付先	<input type="checkbox"/>	左記住所	<input type="checkbox"/>	左記以外の住所	<input type="checkbox"/>	個人宛			
健診結果送付先	<input type="checkbox"/>	左記住所	<input type="checkbox"/>	左記以外の住所	<input type="checkbox"/>	個人宛			
請求書送付先	<input type="checkbox"/>	左記住所	<input type="checkbox"/>	左記以外の住所					
支払方法	No.		会社控	<input type="checkbox"/>	要 (本人結果と同封)	<input type="checkbox"/>	要 (請求書と同封)	<input type="checkbox"/>	不要

② 住所(事前資料・結果・請求書等の送付が左記と異なる場合のみご記入ください)

〒

TEL :

FAX :

保険者番号		保険証記号										
保険証番号	フリガナ 氏名	生年月日	性別	生活習慣病 一般健診	+付加健診	+人間ドック	胃検査方法 (カメラ/パリウムなし)	子宮がん検診	乳がん検診 (マンモグラフィー)	健康診断	健診日	備考
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										
	S H	男・女										



医療法人真木会真木病院 人間ドック健診センター

TEL : (027)363-8558 FAX : (027)364-6232