

【送付先】 F A X : 06-6992-5500

健診受診時に協会けんぽ被保険者（本人）であることが必須です

依頼者	本人 / 代理人 代理人氏名：		
松下記念病院ID	あり / なし	IDNo.	
勤務先会社名			
勤務先 住所・電話番号	〒	TEL	
健康保険被保険者証 保険者番号 ※必須			
健康保険被保険者証 記号・番号 ※必須	記号	番号	
受診者情報 氏名・生年月日	フリガナ	男 ・ 女	生年月日 和暦(S・H) 年 月 日
	TEL (日中連絡の取れる番号)		
受診者情報 自宅住所・電話番号	〒	TEL (日中連絡の取れる番号)	
問診票・結果 送付先 <input checked="" type="checkbox"/> を入れる	〔問診票〕 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅		〔結果〕 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅
受診希望日	〔第一希望日〕	〔第二希望日〕	〔第三希望日〕
	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
コース <input checked="" type="checkbox"/> を入れる	<input type="checkbox"/> 一般健診 35歳～74歳の方 (¥5,282)	<input type="checkbox"/> 差額ドック 35歳～74歳の方 (¥32,610)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(単独) 20歳～38歳 偶数年齢の方 (¥970)
	<input type="checkbox"/> 乳がん (2方向) 40歳～48歳 偶数年齢の方 (¥1,574)	<input type="checkbox"/> 乳がん (1方向) 50歳～74歳 偶数年齢の方 (¥1,013)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん 36歳～74歳 偶数年齢の方 (¥970)
補助対象オプション <input checked="" type="checkbox"/> を入れる	<input type="checkbox"/> 付加健診 40,45,50,55, 60,65,70歳の方 (¥2,689)	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (¥582) <input type="checkbox"/> 【肝炎ウイルス検査申込書】 送付希望	