

健康診断申込書

岡山済生会昭和町健康管理センター行

700-0032 岡山市北区昭和町12-15

TEL 086-252-2200

FAX 086-252-2205

太枠の中をご記入下さい

事業所名	
事業所所在地	〒 TEL 担当者氏名
メールアドレス	

支払方法	
	全額窓口払い
	一般健診は請求
	協会けんぽ補助対象項目は請求
	オプションも含めて全て請求

上記と連絡先が別の場合は記入してください

営業所等	〒 TEL 担当者氏名
------	----------------

保 険 証	
記 号	
保険者番号	

※ 備考欄には希望のオプションなどをご記入ください
 ※ 希望の検査に○をしてください
 ※ 年齢によっては実費となる項目があります

協会けんぽ補助対象項目

保険証番号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	区 分	協会けんぽ補助対象項目										希望年月日	備 考	
					人間 ドック	節 目 健 診	一 般 健 診	乳がん (マンモ) 1方向 (50代以上)	2方向 (40代)	子宮 頸がん	骨 密 度	法定 健 診	乳腺 超 音 波				
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第一希望	年 月 日	
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第二希望	年 月 日	
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第一希望	年 月 日	
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第二希望	年 月 日	
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第一希望	年 月 日	
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第二希望	年 月 日	
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第一希望	年 月 日	
		男・女	年 月 日	本 人 配 偶 者 家 族											第二希望	年 月 日	

