

【 一般健診 (35歳以上の被保険者) 専用 】

送信日を記入してください

申込医療機関 医療法人社団三友会 あけぼの病院 健診部

※電話予約後、10日以内にFAX送信をお願いします。

FAX 042-728-4034

事業所所在地 〒123-456 東京都〇〇区〇〇1-2-3
マイナ保険証に登録されている事業所名称を記入してください
事業所名称(マイナ保険証に登録されている名称) (株)〇〇〇〇〇〇〇〇
担当者名 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
FAX番号

左記と連絡先が別の場合は、記入してください。
左記とお勤め先が異なる場合にはこちらに記入してください
事業所名称
※ご自宅に事前書類送付の場合は、こちらの枠にご記入いただくか、複数名でご予約された場合は余白にご記入または別途 用紙を添付していただいても構いません。
担当者名 〇〇
電話番号 〇〇
FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

8桁 保険者番号 XXXXXXXX
健康保険証の記号 8桁以内 XXXXXXXX

Table with columns: 健康保険証の番号, プリガナ氏名, 性別, 生年月日, 希望する健診種類, 健診. Includes callouts for '7桁以内 (枝番号は不要です)', '希望する健診種類を○で囲んでください', and '予約された日にちを記入してください'.

※年度内お一人様1回限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。
※今年度で75歳を迎える方は、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。
※当院は人間ドック補助対象外の医療機関です。人間ドックをご希望の場合、約3万円の自己負担になりますので、ご了承ください。
※必要事項をご記入のうえ、10日以内にあけぼの病院 健診部へFAX送信をお願いします。
※電話で受診日をご予約してください。メール・FAXのみでのご予約は受付しておりません。その場合、無効となります。お気を付けください。
※必要事項をご記入のうえ、10日以内にあけぼの病院 健診部へFAX送信をお願いします。
※1 節目健診は、40~70歳までの5歳刻みの方が対象になります。
※2 骨粗鬆症検査は、40歳以上の偶数年齢の女性が対象になります。
※3 喀痰細胞診は、50歳以上かつ喫煙指数(一日の本数×年数)が600以上の方が対象になります。