

# 健康診断受付票

福田医院：TEL：0854-85-8526 FAX：0854-85-7948

①事業所名称		⑦書類・結果・請求書送付先	
②〒・事業所所在地		⑧ご担当者氏名	
③電話・FAX	TEL：                      FAX：	⑨健診種別	1) 会社    2) 船員    2) その他 (                      )
④ご加入の健康保険組合名		⑩お支払い方法	1) 当日窓口で    2) 後日窓口で    3) 振込 ※1
⑤保険者番号			
⑥事業所記号			

※1 振込手数料はお客様負担となります。ご了承ください。

健診を受けられる方について													
	受診日	コース	住 所		ふりがな 氏 名	年齢	生年月日	性別	電話番号	被保険証 番号	枝番	区分	資格取得 年月日
例	R2.10.1	2	699-2211	大田市波根町2028	ふくだ はなお 福田 花夫	69	S30.4.2	男・女	0854-85-8526	100	00	本人・家族	S60.4.2
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

※人数が多い場合は別紙記入可

※お名前には必ずふりがなをご記入ください

※コースは別紙（検診コース一覧表）をご参照ください