



事業所名称：

ご担当者様：

保険者番号：

保険証記号：

ご連絡先：

調査表・ 検査キット 送付先住所	〒 _____	協会けんぽ補助対象者は【当該年度35歳～74歳まで】の方です ※75才の誕生日の前日まで受診可能
お支払 方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み	

会社請求の範囲をご記入ください。（例）健診代金のみ、差額は自己負担など。
請求書送付先が上記と異なる場合はこちらにご記入下さい。

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診コース(希望コースの欄に○を記入)							受診日	集合時間	備考			
				35歳以上			34歳以下		婦人科希望の方					内診	乳房検査	
				一般	ドック	付加	若年	育便なし	マンモ	エコー					画像セット	
				5,282円	15,000円	7,971円	育便あり 19,800円	9,900円	3,300円	5,500円					4,400円	7,800円
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			
			年 月 日									月	:			

申込書はご予約後、 FAXまたはメールにてさわやか済世へ送信をお願いします
 F A X : 03-3693-0186