



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 〒 _____	<b>ご加入の健康保険組合のホームページ等で 事前にご確認をお願いいたします。</b>
---------------------------	---

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		男・女	本・家	生年月日	健診コース			婦人科希望の方				受診日	集合時間	備考		
	氏名					希望コース欄に ○を記入			乳房検査								
									子宮頸がん 内診 3,300円	マンモ 5,500円	エコー 4,400円	画像セット 7,800円					
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			
					年 月 日	定期	生活	ドック						月 日			

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