

【組合・自費用】

健康診断申込書

医療法人社団 さわやか済世
健診プラザ両国

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	〒 _____		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。
お支払 方法	☐ 当日窓口にてお支払い ☐ 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	:	
				年 月 日	定期	生活	ドック					月 日	:	

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 : 03-3846-3732