

FAX 044-281-0706

※太枠内をご記入下さい

(フリガナ) 氏名	③			男・女
生年月日	年	月	日	
住所	〒			
電話番号				
領収書宛名	同上・別途 住所			
記号	①	番号	②	
保険者番号	④			
結果送付先	自宅・会社			
領収書宛名	本人・会社			

令和 年 月 日

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00000	令和0年0月0日交付
① 記号	00000000	番号	00 ②
氏名	③ 協会 太郎		
生年月日	平成0年0月00日		
性別	男		
資格取得年月日	令和0年0月00日		
事業所名称	〇〇株式会社		
保険者番号	0:0:0:0:0:0:0:0 ④		
保険者名称	全国健康保険組合 〇〇支部		
保険者所在地	〇〇区〇〇番地		

見本



印

◀ ⑤ 受診希望日 ▶

○を記入ください	受診日	受付時間	定員	締切
	2021年12月19日(日)	8:30~12:00	100名	11月26日
	2022年1月10日(月)祝日	8:30~12:00	100名	12月17日
	2022年2月23日(水)祝日	8:30~12:00	100名	1月28日

◀ ⑥ 受診内容 ▶

(○を記入ください)

コース	胃部レントゲン検査	金額	検査内容	
	胃部レントゲン検査あり	7,169円	既往歴・触診等血圧測定 視力・聴力検査 心電図検査 便潜血反応検査 尿検査	身長体測定(身長・体重・腹囲等) 血液検査(肝機能・血糖・脂質・貧血・尿酸等) 胸部レントゲン検査
	胃部レントゲン検査なし	3,819円	既往歴・触診等血圧測定 視力・聴力検査 心電図検査 便潜血反応検査 尿検査	身長体測定(身長・体重・腹囲等) 血液検査(肝機能・血糖・脂質・貧血・尿酸等) 胸部レントゲン検査

◀ 開催場所 ▶ たま日吉台病院

〒215-0013 神奈川県川崎市麻生区王禅寺1105番地

※無料駐車場完備 TEL: 044-959-2005 FAX: 044-281-0706

※当日受付時間につきましては、健診キット発送時にご連絡致します。時間指定での受付は行っておりませんのでご了承ください。

受付

送付