

会社名		電話番号		FAX番号		担当者	
健康保険組合		保険者番号		記号			

資材送付先	<input type="checkbox"/>	自宅（下記名簿にご入力ください）	<input type="checkbox"/>	会社 住所：	
結果送付先	<input type="checkbox"/>	自宅（下記名簿にご入力ください）	<input type="checkbox"/>	会社 住所：	
支払方法	<input type="checkbox"/>	窓口	<input type="checkbox"/>	会社請求 住所：	請求時会社控え送付 <input type="checkbox"/>

※契約内容によりご用意できない場合がございます

希望日	医療機関記入欄	番号	氏名（フリガナ）	生年月日	性別	コース	乳がん検診		子宮	内視鏡	ABC	PSA	住所
							エコー	マンモ					
①	確定日		フリガナ	S・H 年 月 日									〒
②	受付時間		氏名										
①	確定日		フリガナ	S・H 年 月 日									〒
②	受付時間		氏名										
①	確定日		フリガナ	S・H 年 月 日									〒
②	受付時間		氏名										
①	確定日		フリガナ	S・H 年 月 日									〒
②	受付時間		氏名										

# 記入例

会社名		電話番号		FAX番号		担当者	
健康保険組合							

資材送付先	<input type="checkbox"/>	自宅 (下記名簿にご入力ください)	<input type="checkbox"/>	会社 住所:	
結果送付先	<input type="checkbox"/>	自宅 (下記名簿にご入力ください)	<input type="checkbox"/>	会社 住所:	
支払方法	<input type="checkbox"/>	窓口	<input type="checkbox"/>	会社請求 住所:	
					請求時会社控え送付 <input type="checkbox"/>

※契約内容によりご用意できない場合もございます

希望日	医療機関記入欄	氏名 (フリガナ)	生年月日	性別	コース	乳がん検診		子宮	内視鏡	ABC	PSA	住所
						エコー	マンモ					
① 4/5	確定日	フリガナ ヤマダ タロウ	S・H 5年 5月 5日	男	定期B							〒
② 4/8	受付時間	氏名 山田 太郎										
① 4/5	確定日	フリガナ ヤマダ ハナコ	S・H 55年 5月 6日	女	一般健診	○	○	○				〒
② 4/6	受付時間	氏名 山田 花子										
①	確定日	フリガナ	S・H 年 月 日									〒
②	受付時間	氏名										
①	確定日	フリガナ	S・H 年 月 日									〒
②	受付時間	氏名										

追加希望の検査項目に○を記入してください。  
 上記、検査項目は一例です。変更していただいて問題ございません。  
 記入方法にご不明な点等ございましたら、下記ご連絡先までお問い合わせください。  
 TEL : 048-799-2211 平日・土曜日 9:00~16:00