

屋島総合病院 全国健康保険協会（協会けんぽ） 人間ドック健診 申込書

事業所名：
 住所：
 担当者名：
 TEL：
 FAX：

お申込み日： 年 月 日

健康保険証 保険者番号	
保険者記号	

お問い合わせ先
 屋島総合病院 健診センター
 TEL：087-844-4666
 FAX：087-843-9119

カルテ番号 (当院で記入)	保険証 番号	フリガナ	性別	生年月日	希望の検査内容に○をしてください。				希望時期
		氏名			人間ドック健診	バリウム	経口カメラ	経鼻カメラ	
					人間ドック健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ	乳がん 検診 マンモ	乳がん 検診 エコー	子宮がん 検診	
					人間ドック健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ	乳がん 検診 マンモ	乳がん 検診 エコー	子宮がん 検診	
					人間ドック健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ	乳がん 検診 マンモ	乳がん 検診 エコー	子宮がん 検診	
					人間ドック健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ	乳がん 検診 マンモ	乳がん 検診 エコー	子宮がん 検診	
					人間ドック健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ	乳がん 検診 マンモ	乳がん 検診 エコー	子宮がん 検診	
					人間ドック健診 バリウム 経口カメラ 経鼻カメラ	乳がん 検診 マンモ	乳がん 検診 エコー	子宮がん 検診	

※お願い※

※バリウム検査から経口・経鼻カメラへ変更する場合は、変更差額5,500円（税込）が必要です。

請求方法や健診資料等の発送について「様式2-2」を記入し申込書と一緒に送信をお願いします。

お申込みありがとうございます。FAX到着後5営業日以内にご連絡いたします。

