

全国健康保険協会管掌健康保険・被保険者（ご本人用）  
生活習慣病予防健診 予約申込書

鎌田内科クリニック 健診データ担当  
TEL：019-635-1725 FAX：019-635-2918

クリニック 記入欄	年 月 日	担当者	印
--------------	-------	-----	---

申込日 年 月 日

★印は記入必須項目です。 記入漏れがないようご注意ください。

【 事業所情報 】		【 健診に関する連絡先、書類郵送先 】 ※左記と別の場合にご記入下さい。			【健康保険 証情報】	★ 区分	※下記を○で囲んで下さい。					
★ フリガナ		支店名/ 営業所名		一般			任意継続					
事業所名		担当者名		保険者 番号		※8桁の番号を記入して下さい。						
★ 事業所 所在地	〒	所在地	〒									
★ 担当者名		電話番号	( )	記号								
★ 電話番号	( )	【 お支払方法 ・ 結果受取方法 】 ※下記を○で囲んで下さい。				【 備考欄 】 ※ご希望等は、こちらにご記入ください。						
F A X 番号	( )	お支払方法	本人請求	会社請求								
《 注意事項 》 ※下記の受診予定日は当院へご連絡の上、日程調整を 行い、確定した日付をご記入下さい。ご予約確定後、 本申込書を当院へご提出下さい。 ※胃カメラ（有料）、麻酔（有料）、肝炎ウイルス検査を 受診する場合は、下記の該当項目を○で囲んで下さい。		会社宛領収書	必要	不要								
		結果受取方法	直接来院	郵送(有料)								
		※健診結果の郵送を希望される場合、別途料金（¥430~600）を 頂きます。 ※健診結果は、14日後に完成となります。										

健康保険証 番号	★フリガナ 氏名	★ 性別	★ 郵便番号	★ 生年月日	受診予定日	有料変更	併用検査	クリニック記入欄 結果郵送日
①		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
②		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
③		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
④		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
⑤		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ 麻酔	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日