

令和7年度  
(個人)

半日ドック・成人病健診  
健康健診 申込書

※会社を通さない補助や助成を受けない方用

大崎市民病院健康管理センター 宛

FAX : 0 2 2 9 - 2 3 - 3 4 7 2

Email : kenshin-yoyaku@h-osaki.jp

連絡先記入欄

事業所名	
〒	
住所	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	
ご担当者名	

※受付順に予約日を確定してご連絡します。送付後、2週間経過しても返信がない場合はお手数ですが、連絡をお願いします。

保険証 番号	氏名	フリガナ	ID (記入不 要)	生年月日	年度年齢 (令和8年3月 31日現在) ※自動計算	性別	希望する健診コース	健診希望日 第2希望まで	予約時間 (記入不要)	備考 (オプション、一部キャンセル 他)
例 20	大崎 花子	オオサキ ハナコ		S55.11.11	45	女	人間ドック	月 日		子宮がん検診
1								月 日		
2								月 日		
3								月 日		
4								月 日		
5								月 日		

※コース、料金はウェブサイトをご覧ください。

通信欄

--