

令和7年度

半日ドック・成人病健診
健康健診 申込書

大崎市民病院健康管理センター 宛

FAX : 0229-23-3472

Email : kenshin-yoyaku@h-osaki.jp

※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、ご連絡をお願いします。

事業所連絡先記入欄		書類の送付先・支払方法など（チェック欄）	
事業所名	〒	健診案内送付先	<input type="checkbox"/> 事業所
		※健診案内の希望送付先にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 個人住所
			<input type="checkbox"/> その他
住所	電話番号	健診結果送付先	<input type="checkbox"/> 事業所
		※健診結果の希望送付先にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 個人住所
			<input type="checkbox"/> その他
FAX番号	E-mail	支払方法	<input type="checkbox"/> 請求書（事業所宛）
	ご担当者名	※オプション等支払い方法が異なる場合は備考欄または通信欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 当日払（個人宛領収証）
			<input type="checkbox"/> その他

保険者番号	保険証の記号

○健診案内（及び検体容器）、健診結果、請求書は上記住所に送付します。上記以外への送付、請求を希望される場合は書類の送付先欄にチェックを入れ、下の通信欄に正確な送付先（会社名、住所、電話番号）をご記入ください。
○申込み欄の住所が不足する場合は、行をコピーしてお使いください。通信欄が不足する場合は別紙でも結構です。

例	1	2	3	4	5					
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）
20	大崎 花子	材持 ハコ		S55.11.11	45	女	人間ドック	月 日		子宮がん検診
								月 日		
								月 日		
								月 日		
								月 日		
								月 日		

※コース、料金はウェブサイトをご覧ください。

通信欄