

健康診断申込書 FAX送付先: 092-791-5650

医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院 <人間ドック・健診センター> TEL: 092-791-1120 受付時間 平日 8:30~16:30/第1·3土曜日 8:30~12:00 (但し、祝日及び年始第1土曜日は休診日となります。)

健康診断申込書

申込日:	年	月	日	※太枠内の項目を記入いただきますようお願いいたします。入り切らない場合は改行をしていただいても構いません									
ご所属健康	保険組合名	(保険者名称	i)	事業所名		ご担当者	 様氏名	ご連絡先					
				フリガナ:			TEL:						
				-		様	TEE .						
							138	FAX:					
				申込人数:全	名	メールアト゛レス:							
保険者番	号	被保険者	証記号	事業所所在地									
				〒									

≪保険証サンプル≫ 健康保険 (被保険者) 本人(被保険者) 平成〇年〇月〇日 交付 被保険者証 ※ご所属組合様によって 桜 十字郎 昭和〇年〇月〇日 氏名 性別 〇 記載箇所が異なる可能性がございます 生年月日 資格取得年月日 平成〇年〇月〇日 事業所名称 株式会社〇〇〇〇

印

※補助利用を希望する場合は健康保険組合様もしくは予約代行機関様ご案内のコース名称をご確認のうえご記入ください。

■ご希望日に空きがない場合は別日のご提案となります

保険者番号 ●●●●●●・・・ 保険者名称 ○○○○健康保険組合 保険者所在地 ○○県○○市○○区・・・

							MINDS TOTAL TO WILLIAM TO	、陜租宣体もしては予約11.11 (成民体ご条件	,	HD) (T/CC T is	-0.024	C 13 G C 2 20 E 10 20 11	コのこ掟糸となりまり	
当院使用欄 (ID)	受診希望施設 いずれかに √ を ご記入ください	被保険証 番号 (個人)	氏名 姓と名の間は1マスあける	フリガナ 姓と名の間は1マスあける	性別 いずれかに が を ご記入ください	生年月日	※ご受診コース名	胃部検査の実施 いずれかに○をご記入ください	追加オプション	第一 希望日	第二 希望日	第三 希望日	備考欄	当院使用欄
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性□女性			希望なし・ 胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)						
	クリニック □桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性□女性			希望なし・ 胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)						
	クリニック □桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性□女性			希望なし・ 胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)						
	クリニック □桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性□女性			希望なし・ 胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)						
	クリニック □桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性			新望なし・ 胃部X線 (n゚リウム) ・胃カメラ (内視鏡)						
	クリニック □桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□ 女性□ 男性□ コーナ									
	クリニック □桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□ 女性			希望なし ・						
	クリニック □桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□ 女性□ 男性			胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡) 希望なし・						
	クリニック □桜十字福岡病院				□ 女性□ 男性			胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡) 希望なし・						
	□桜十字博多駅健診 クリニック □桜十字福岡病院				□ 女性			胃部X線 (パリウム) ・胃カメラ (内視鏡) ・						
	□桜十字博多駅健診 クリニック □桜十字福岡病院				□女性□男性			胃部X線 (パリウム) ・胃カメラ (内視鏡) ・						
	□桜十字博多駅健診 クリニック □桜十字福岡病院				□ 女性			胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡) 希望なし・						
	□桜十字博多駅健診 クリニック □桜十字福岡病院				□女性			胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)						
	□桜十字博多駅健診 クリニック □桜十字福岡病院				□男性□女性			希望なし・ 胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)						
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□男性□女性			希望なし・ 胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)						
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診 クリニック				□男性□女性			希望なし・ 胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)						

※補助利用を希望する場合は健康保険組合様もしくは予約代行機関様ご案内のコース名称をご確認のうえご記入ください。 ■ご希望日に空きがない場合は別日のご提案となります

	受診希望施設	4-t- / □ 5Δ=T	ı	1	1 1	<u>不開め代用で布主する物目は健康の</u>		l l l l l l l l l l l l l l l l l l l	1			のこ延来となりより		
当院使用欄 (ID)	文:6布室他設 いずれかに √ を ご記入ください	被保険証 番号 (個人)	氏名 姓と名の間は1マスあける	フリガナ 姓と名の間は1マスあける	性別 いずれかに √ を ご配入ください	生年月日 ※ご受診コース名	胃部検査の実施 いずれかに○をご記入ください	追加オプション	第一 希望日	第二 希望日	第三 希望日	備考欄	当院	完使用欄
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性□女性		希望なし・ 胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	クリニック □桜十字福岡病院				□男性		希望なし・							
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□ 男性		希望なし・							
	クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							<u> </u>
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□ 男性		希望なし ・ 胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	クリニック □桜十字福岡病院				□男性		希望なし・							
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字福岡病院				□ 男性		希望なし・							
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							ļ
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性□女性		希望なし ・ 胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	クリニック □桜十字福岡病院				□男性		希望なし・							
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□ 男性		希望なし・							
	クリニック □桜十字福岡病院				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字博多駅健診				□男性□女性		希望なし・ 胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	クリニック □桜十字福岡病院				□男性		希望なし・							
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□ 男性		希望なし・ 胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	クリニック □桜十字福岡病院				□男性		希望なし ·							
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性		希望なし・							
	クリニック □桜十字福岡病院				□女性		胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字博多駅健診				□ 男性		希望なし・ 胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	クリニック □桜十字福岡病院				□男性									
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							<u> </u>
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性		希望なし・							
	クリニック □桜十字福岡病院				□女性		胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字博多駅健診				□男性□女性		希望なし ・ 胃部X線(バリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	クリニック □桜十字福岡病院				□男性									
	□桜十字博多駅健診 クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							
	□桜十字福岡病院 □桜十字博多駅健診				□男性		希望なし・							
	クリニック				□女性		胃部X線(パリウム)・胃カメラ(内視鏡)							