

◇若年層健診申込書(2023年度)◇(本人のみ:34才以下「H1. 4. 2以降にお生まれの方」)

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号			
FAX番号			
健康保険証の記号			

調査表送付先:(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください

送付先住所 営業所等の名称	〒		
電話番号	( )	送付先ご担当者	

お支払方法

当日窓口払い 後日会社請求

※希望のコースに○をしてください(税込)

健康保険証 の番号	フリガナ	性別	生年月日	受診予約日	基本コース	+便	+胃	+便・胃
	お名前			時間	¥ 9,900	¥11,330	¥18,370	¥19,800
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				

《検査項目》 診察・血圧・身長・体重・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査

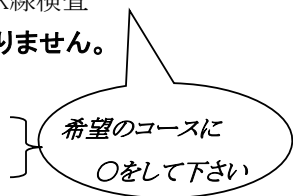
◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありませぬ。

《検査料金》 9,900円

※オプションとして、胃部X線検査:8,470円、便潜血検査:1,430円

子宮がん検査(料金等内容をご確認ください)

《申込方法》 受診日をご予約の後、必要事項をご記入いただきFAXにてお申し込みください。



FAX 042-648-8652

医療法人社団 国立あおやぎ会 **八王子健康管理センター**