

定期健康診断申込書

※ 労働安全衛生規則で定められた健診(健診料金は税込みです)

検査項目	健診コース	定健A	定健B		定健A	定健B
		¥9,900	¥4,400			
既往歴および業務歴の調査		●	●	貧血検査(赤血球数・血色素量)	●	
自覚症状の有無		●	●	肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)	●	
身長・体重測定		●	●			
腹囲測定		●		血中脂質検査 (中性脂肪・LDL-コレステロール・HDL-コレステロール)	●	
視力・聴力・血圧		●	●			
尿検査(尿糖・尿蛋白)		●	●	空腹時血糖	●	
胸部X線		●	●	心電図検査	●	

保険証の記号		事業所名	
事業所所在地			
TEL		ご担当者	
送付先住所(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	〒		
TEL		ご担当者	

支払方法

当日窓口払い 後日会社請求

保険証の 番号	フリガナ	性別	生年月日	健診コース		健診予約日	
	氏名			A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分
		男・女	昭・平 年 月 日	A	B	年 月 日	時 分

《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**