

人間ドック申込書

令和 年 月 日

会社名		ご担当者			保険者名					
会社住所		〒			Tel		保険者番号			
フリガナ 受診者名		性別	生年月日	年齢	受診者住所	受診日	コース名	オプション	保険証記号	保険証番号
1										
2										
3										
4										
5										

*あてはまる個所に○で囲んでください。

支払い区分	基本ドック	会社	受診者
	オプション	会社	受診者

資料送付先	会社	受診者
-------	----	-----

*事業所へも後日郵送で結果を送付いたします。必要ない場合はお申し付けください。

熊本県菊池市泗水町吉富2193-1
 菊池養生園保健組合・菊池広域保健センター
 担当 稲田
 Tel 0968-38-2820 FAX 0968-38-5899

《養生園記入欄》

協会けんぽ資格確認

--	--	--