

健康診断申込書（平成23年度用）

平成 年 月 日

岡山済生会昭和町健康管理センター 行

〒700-0032 岡山市北区昭和町12-15

TEL 086-252-2200

FAX 086-252-2205

太枠の中をご記入下さい

事業所所在地	〒 - TEL
	担当者氏名
事業所名	

個人申し込みなどで、健診のご案内を自宅に送付希望の場合は下記にご記入下さい。

ご自宅住所	〒 - TEL
-------	---------

保険証	
記号	
保険者番号	

センター 処理欄 <small>*記入しないで下さい</small>	保険証 番号	フリガナ 氏名	性 別	生年月日	本/配	基本健診 <small>(いずれか一つに○をして下さい)</small>				婦人科検診 <small>(希望するものすべてに○をして下さい)</small>			希望 月日	センター 処理欄 <small>*記入しないで下さい</small>		
						生活習慣病予防健診		日帰り人間ドック		定期健診		乳がん			子宮がん	
						胃X線 なし		胃X線 なし		採血 あり	採血 なし	視触診 のみ				視触診 +マンモ
			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	本人 配偶者 その他							/			
			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	本人 配偶者 その他							/			
			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	本人 配偶者 その他							/			
			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	本人 配偶者 その他							/			
			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	本人 配偶者 その他							/			
			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	本人 配偶者 その他							/			
			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	本人 配偶者 その他							/			

*用紙が不足する場合はコピーをしてお使い下さい。
*内容が網羅されていれば、他の様式を使用されても結構です。