# 健康診断申込書

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<br>所在地 | 〒　　－　　TEL<br><br>担当者氏名 |
| 事業所名 | |

| 保険証 | |
|---|---|
| 記号 | |
| 保険者番号 | |
| 健保組合名 | |

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 |

※ 備考欄には、追加希望のオプション検査や、その他希望の条件などをご記入ください。

| 保険証番号 | フリガナ<br>氏名 | 性別 | 生年月日 | 本/配 | 基本健診（いずれか一つに○をして下さい） | | | | | | 婦人科検診（希望するものに○をして下さい） | | | 希望月日 | 備考<br>※ オプションなど ご記入ください |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 生活習慣病健診 | | 日帰りドック | | 法定健診 | | 乳がん | | 子宮頸がん | | |
| | | | | | | 胃X線なし | | 胃X線なし | 採血あり | 採血なし | マンモ2方向 | エコー | | | |
| | | 男・女 | 昭和<br>平成　年　月　日 | 本人<br>配偶者<br>家族 | | | | | | | | | | ／ | |
| | | 男・女 | 昭和<br>平成　年　月　日 | 本人<br>配偶者<br>家族 | | | | | | | | | | ／ | |
| | | 男・女 | 昭和<br>平成　年　月　日 | 本人<br>配偶者<br>家族 | | | | | | | | | | ／ | |
| | | 男・女 | 昭和<br>平成　年　月　日 | 本人<br>配偶者<br>家族 | | | | | | | | | | ／ | |
| | | 男・女 | 昭和<br>平成　年　月　日 | 本人<br>配偶者<br>家族 | | | | | | | | | | ／ | |
| | | 男・女 | 昭和<br>平成　年　月　日 | 本人<br>配偶者<br>家族 | | | | | | | | | | ／ | |
| | | 男・女 | 昭和<br>平成　年　月　日 | 本人<br>配偶者<br>家族 | | | | | | | | | | ／ | |