

ふじの町クリニック・健診センター 行 FAX: 0545-60-7150
 ご加入の健康保険組合名をご記入ください

①

(全国建設工事業国民) 健康保険組合 静岡県支部

会社名: _____

案内送付先 会社 個人自宅

担当者: _____

結果送付先 会社 個人自宅

住所: 〒 _____

会社控え 白黒 (1人につき110円) 連名簿 不要

電話番号: _____ FAX番号: _____

請求 会社請求 (月締のみ) 個人窓口

送付先が2カ所以上になる場合は、別途郵送料をいただく場合があります。

下記の欄はすべてご記入ください。

フリガナ 氏名	生年月日	性別	コース (ご希望のコース名をご記入ください)	乳がん	子宮	オプション	希望日①	希望日②	希望日③	備考
	昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	定期健診 人間ドック	乳A:マンモ 乳B:エコー 乳C:マンモ・エコー	子宮A・子宮B 子宮C・子宮D		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
フリガナ 氏名	生年月日	性別	コース (ご希望のコース名をご記入ください)	乳がん	子宮	オプション	希望日①	希望日②	希望日②	備考
	昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	定期健診 人間ドック	乳A:マンモ 乳B:エコー 乳C:マンモ・エコー	子宮A・子宮B 子宮C・子宮D		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
フリガナ 氏名	生年月日	性別	コース (ご希望のコース名をご記入ください)	乳がん	子宮	オプション	希望日①	希望日②	希望日③	備考
	昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	定期健診 人間ドック	乳A:マンモ 乳B:エコー 乳C:マンモ・エコー	子宮A・子宮B 子宮C・子宮D		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
フリガナ 氏名	生年月日	性別	コース (ご希望のコース名をご記入ください)	乳がん	子宮	オプション	希望日①	希望日②	希望日②	備考
	昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	定期健診 人間ドック	乳A:マンモ 乳B:エコー 乳C:マンモ・エコー	子宮A・子宮B 子宮C・子宮D		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
フリガナ 氏名	生年月日	性別	コース (ご希望のコース名をご記入ください)	乳がん	子宮	オプション	希望日①	希望日②	希望日③	備考
	昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	定期健診 人間ドック	乳A:マンモ 乳B:エコー 乳C:マンモ・エコー	子宮A・子宮B 子宮C・子宮D		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
フリガナ 氏名	生年月日	性別	コース (ご希望のコース名をご記入ください)	乳がん	子宮	オプション	希望日①	希望日②	希望日②	備考
	昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	定期健診 人間ドック	乳A:マンモ 乳B:エコー 乳C:マンモ・エコー	子宮A・子宮B 子宮C・子宮D		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
フリガナ 氏名	生年月日	性別	コース (ご希望のコース名をご記入ください)	乳がん	子宮	オプション	希望日①	希望日②	希望日②	備考
	昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	定期健診 人間ドック	乳A:マンモ 乳B:エコー 乳C:マンモ・エコー	子宮A・子宮B 子宮C・子宮D		AM・PM	AM・PM	AM・PM	

※ 申込み方法

①の申込書で申し込みをする → 医療機関より日程等の連絡が入る → ②の申込書をFAXする

定期健康診断申込書・受診者名簿

②

国保組合	全国建設工事業国民健康保険組合
支部名	静岡県 支部
住所	422-8033 静岡市駿河区登呂6-1-2-105
TEL/FAX	054-202-8911/054-260-4191
記号番号	22 —
事業所名	
事業所住所 (書類送付先)	
T E L	
F A X	
担当者名	

【施設内健診用】

□□ 送信先 □□

ふじの町クリニック
・健診センター

〒416-0915
富士市富士町12-12

TEL : 0545-32-7812

FAX : 0545-60-7150

メール : yoyaku@fuji-mp.com

No.	番号	フリカゝナ	性別	生年月日	健診希望 日時	健診区分	健診コース名
		氏名					
1			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
2			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
3			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
4			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
5			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
6			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
7			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
8			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
9			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	
10			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 39歳以下 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 有 <input type="checkbox"/> 40歳以上受診券 無	

※ 申込み方法

①の申込書で申込をする → 医療機関より日程等の連絡が入る → ②の申込書をFAXする