

健康診断申込書（個人用）

〒 950-0965
 新潟市中央区新光町11-1
 TEL 025-283-3939
 FAX 025-283-3974

ご加入の健康保険の種類	国民健康保険	共済組合	()
	社会保険(政府管掌)	健康保険組合	()
	後期高齢者医療	本人・配偶者等の別	本人 ・ 配偶者 ・ 被扶養者

登録番号 (7桁の番号)			
フリガナ	性別	男 ・ 女	年齢
お名前	生年月日	T ・ S ・ H	
		年 月 日	
ご自宅住所電話番号	〒 — TEL() —		
フリガナ			
お勤め先			
お勤め先所在地電話番号	〒 — TEL() —		
ご連絡先として、優先される方に○をしてください。 当協会より確認のご連絡をさせていただくことがあります。		ご自宅	お勤め先

ご希望の健診内容	・総合ドック ・政府管掌生活習慣病健診 ・生活習慣病健診 ・定期健康診断(Aコース Bコース) ・雇入時健診 ・特定健診 ・その他()			
	新潟市 特定健康診査	・胃がん ・大腸がん ・乳がん ・前立腺がん ・肝炎ウィルス		
ご希望の追加項目	・乳がん(触診) ・子宮がん ・マンモグラフィ ・喀痰 ・骨密度 ・便潜血 ・腹部超音波 ・胸部CT ・内臓脂肪 ・前立腺がん ・その他()			
その他連絡事項 (ご要望などを記入してください)				

ご希望日	* 第1希望		第3希望	
	* 第2希望		第4希望	

* 第1、第2希望については必ずご記入ください。
 予約状況により、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。