健康診断申込書

赤枠をご記入いただきExcelデータを
メールまたはファックスでお送りください

【メール】info-sincere@basil.ocn.ne.jp　【FAX】 052-369-1003

受診者ID	氏名	カナ氏名	性別	生年月日	年齢	保険記号	保険番号	保険者番号	コース	オプション/備考欄
当院入力欄	性と名は空白(スペース) 区切ってください	性と名は空白(スペース) 区切ってください	男・女	例) 1985/01/02 や 1985/1/2 など。					①けんぽ一般 ②けんぽ節目 ③けんぽ若年 ④一般健診Aコース ⑤一般健診Bコース ⑥特定従事者Aコース ⑦特定従事者Bコース ⑧その他 より選択	詳細は下記よりホームページを ご確認ください。 https://shiyou.or.jp/sincere/treatment/
記入例)	紫　陽子	ムラサキ　ヨウコ	女	1970/6/15	56	12345678	1	99999999	①けんぽ一般	OP①/胃カメラ希望

お会社情報などをご記入ください。

会社名		担当者名	
住所	〒	電話番号	
		ＦＡＸ番号	
	建物名	メールアドレス	
お支払い方法について	☐ 会社請求　☐ 当日窓口で現金払い	請求書送付先住所	〒 建物名（　　）
問診票送付先について	☐ 会社　☐ 自宅	問診送付先住所	〒 建物名（　　）
結果送付先について	☐ 会社　☐ 自宅	結果送付先住所	〒 建物名（　　）