

③

記入例

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号	※担当者氏名:		電話番号:		(FAX番号:				
受付番号 (記入不要)	健康保険証の番号	フリガナ 氏名	別性	生年月日	希望する健診の種類 のいずれかを○ で囲んでください	一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください	健診 予約済年月日	健診機関名 (健診機関コード)	前回 受診年月	備考
	12	キョウリツ タロウ 共立 太郎	男	昭**.*.*.*	一般 健診	付加 健診		広島共立病院	有・無 年 月	水曜日希望
	15	ヒロシマ ハナコ 広島 花子	女	昭**.*.*.*	子宮がん 検診 (単独)			広島共立病院	有・無 年 月	9月希望
	113	ナカス キク 中須 きく	女	昭**.*.*.*	一般 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	広島共立病院	有・無 年 月	水曜日以外
	122	オオタガワ ジロウ 太田川 次郎	男	昭**.*.*.*	一般 健診			〇〇健診クリニック	有・無 年 月	
	123	アサ ゴロウ 安佐 五郎	男	昭**.*.*.*	一般 健診	付加 健診		広島共立病院	有・無 年 月	胃カメラ
									有・無 年 月	

希望月、希望曜日など
あればご記入下さい。

広島共立病院以外で受診される方がいらつしやいましたら、個人
情報保護のためその方の行が見えないようにしてご送り下さい。

お願い
毎年多くの事業所様よりお申し込みがあり、ご希望の日程でおとりできないことがあります。この場合、誠に勝手ながらひとまず当方で日程を決めさせていただきたいと思います。この日程でご都合が悪い場合はご面倒ですがご連絡ください。よろしくお願いたします。

受診可能な項目があらかじめ印字されています。実際にお受けになる項目にマルをつけて下さい。

有無にマルをつけて下さい。

胃の検査は原則レントゲン(バリウム)検査です。胃カメラに変更希望の方は「胃カメラ」と記入して下さい。

広島共立病院に申し込みファックスをお送りいただく際の記入例
(「協会」から届いた「申込書」をコピーしたものに記入してください)