

## 人間ドック・健康診断申込書

【FAX】 042-521-1771

ふりがな		性別	生年月日	昭和	年	月	日
氏名		男 女		平成		( )	歳
住所	〒 -						
電話番号	-	-	日中の連絡先	-	-		
健康保険	健康保険組合名称						
	※正式名称をご記入ください。						
	記号	番号	○を付けて下さい。				
	保険者番号(8ケタ)		被保険者・配偶者・扶養者				
会社名							

① 希望コースに○をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	日帰りドック	<input type="checkbox"/>	生活習慣病健診	契約によって異なりますので、 受診券等をご確認ください。
<input type="checkbox"/>	一泊ドック	<input type="checkbox"/>	定期健康診断	
<input type="checkbox"/>	脳ドック	<input type="checkbox"/>	特定健康診査	
<input type="checkbox"/>	肺ドック	<input type="checkbox"/>	婦人科健診	
<input type="checkbox"/>	心臓ドック	<input type="checkbox"/>	アミノインデックス	
<input type="checkbox"/>	大腸ドック	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
<input type="checkbox"/>	動脈硬化ドック			
<input type="checkbox"/>	認知症ドック			

② オプション検査はご希望ですか【「はい」の場合、希望項目をご記入ください。】

<input type="checkbox"/>	はい	→	
<input type="checkbox"/>	いいえ		

③ 受診希望日をご記入ください。

令和 年 月 日 ( 曜日 )  
 令和 年 月 日 ( 曜日 )  
 令和 年 月 日 ( 曜日 )

日程の詳細につきましては、担当者よりご連絡いたします。  
 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。

医療法人財団 立川中央病院附属健康クリニック

予約確認/内容変更  
 問合せ等はダイヤル後、  
 1番をご選択下さい。



0570-032220

ナビダイヤル®

日祝除く 8:30~16:15