2026/4/1改訂

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 平成　　年　　月　　日 （　　）歳
氏　名		男 女		
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 保険者番号（８ケタ） ○を付けて下さい。 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。

	日帰りドック
	一泊ドック
	脳ドック
	肺ドック
	大腸ドック
	動脈硬化ドック
	認知症ドック

	生活習慣病健診
	定期健康診断
	特定健康診査
	婦人科健診
	アミノインデックス
	その他（　　）

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。

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。】

	はい
	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
、

ナビダイヤル

0570-032220

日祝除く 8:30～16:15