

協会けんぽ加入事業所様専用

(フリガナ)

事業所名称

〒

所在地

電話番号

FAX番号

担当者名

保険証 記号		保険者 番号												
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険証 番号	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	○で困んで ください 単独で受診可		オプション検査			健診予約日			備考欄		
				一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日		時	分
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	
		男・ 女	S H . .	一般 健診	節目 健診	骨粗 鬆症	マンモ グラフィ	子宮頸 がん	年	月	日	時	分	

▲
FAX : 03-5676-8819
FAX前に必ずお電話にてご予約下さい

検査機関：一般社団法人 江戸川区医師会医療検査センター

☎ : 03-5676-8811

●問診票等の送り先が左記以外の場合、下記へご記入ください

問診票・健診結果票ともに下記へ変更

問診票のみ下記へ変更

結果票のみ下記へ変更

↓○をつけてください

【住所】
〒 - (自宅・事業所)

【TEL】 () - _____