

FAX : 0853-31-9964

## 2023年度 生活習慣病予防健診

申込日：令和 年 月 日

注意：対象年齢は35歳～74歳です。

保険者番号		事業所名		TEL	
保険証の記号		担当者名		FAX	

保険証の番号	氏名	ふりがな	性別	生年月日	希望日	希望時間	備考
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	月 日	9時・10時	

\* 諸事情により受けられない検査項目がある場合は備考欄に記入をお願いします。9時10時以外をご希望の場合はお電話下さい。  
↓下記該当項目にチェックマークをお願いします。

料金のお支払方法	<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 本人お支払い <input type="checkbox"/> その他 (
オプション検査料	<input type="checkbox"/> 会社負担 <input type="checkbox"/> 本人負担
案内の郵送先住所	〒
結果の郵送先住所	〒 <input type="checkbox"/> 同上

〒693-0021

島根県出雲市塩冶町1156

永岡内科医院

TEL : 0853-31-9963

