健康診断申込書

住　所	〒		
フリガナ 事業所名			
電　話		FAX	
担当者			

● 下記申込書に手書きで記入と、選択項目に〇をつけて下さい。
● 加入保険が**国民健康保険**の方は、加入保険・住所の欄を選択し〇を囲んで下さい。
● 受診希望日に混雑が見込まれる場合は、受診日の変更をお願いする場合があります。
● 胃部健診は午後からも可能です。

● 2日午前はかなりの混雑が見込まれます。
※ 健康診断と併用して特殊健康診断を受診される方は、下記の特殊健診の欄に番号を記入して下さい。

1. トルエン　2. キシレン　3. エチルベンゼン
4. メチルイソブチルケトン　5. 溶接ヒューム　6. じん肺

※上記項目は省略せずに必ず記入してください。

【天理市へ国保の特定健診データ提供に同意して頂けます様よろしくお願いいたします】
（　同意　・　不同意　のいずれかに〇をして下さい）

氏　名	フリガナ	性別	生年月日	申込み区分		オプション検査				受診希望日					加入保険		住所	
				協会けんぽ	定期	胃部X線	大腸がん	腫瘍マーカー	特殊健診	7/2受診 AM	7/2受診 PM	7/3受診 AM	7/3受診 PM	どちらでも				
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外
		男 女	S H　年　月　日												健保	国保	天理市	市外

※協会けんぽの方は①当健康診断申込用紙と②生活習慣病予防健診対象者一覧表を
医療法人大樹会へFAXして頂きます様よろしくお願いいたします。

医療法人大樹会　FAX：072－976－6390