

# 事業所健診申込書

事業所名

ご担当者様

TEL

FAX

☐事業所健診 12,671円(税込)

☐事業所健診(特定健診を含む) 15,620円(税込)

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号		健康保険被保険者証の 記 号		・初受診の方 ・以前の登録と変更になった方      ご記入をお願いいたします				
No.	氏名	フリガナ	性別	生年月日	受診日	郵便番号	住所	電話番号
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

メール・FAX・郵便にて成田赤十字病院 健康管理センターまでお願いします。

＊注意事項＊

- ・予約のお申込み後、当院からご連絡を差し上げた時点で予約確定となります。
- ・会社への結果送付をご希望の場合は、同意書の提出(別紙)をお願いいたします。

成田赤十字病院 健康管理センター  
TEL:0476-22-2311(内線7501・7504)  
FAX:0476-23-7800  
Mail:kenshincenter@narita.jrc.or.jp

