

協会けんぽドック 申込書

※ 必要事項をご記入の上、FAX送信お願いいたします

FAX:089-915-6057

事業所名			保険者番号		保険証記号	
事前資材・請求書 等発送先	〒		お支払方法	請求 ・ 当日払い ※どちらかをご選択の上、○で囲んでください		
ご担当者		電話番号	— —			

保険証 番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日 (和歴)	年度末 年齢	予約希望日			備考
						第一希望	第二希望	第三希望	
555	協会 花子	キョウカイ ハナコ	女	㊟・H 61.12.24	40	5/21	11/10	7/30	※胃内視鏡への変更(あり・なし) 事業所様ご請求分 5500 当日お支払い分 13500
				S・H					※胃内視鏡への変更(あり・なし) 事業所様ご請求分 当日お支払い分
				S・H					※胃内視鏡への変更(あり・なし) 事業所様ご請求分 当日お支払い分
				S・H					※胃内視鏡への変更(あり・なし) 事業所様ご請求分 当日お支払い分

[通信欄]

確認 [/]

オプションの追加や項目についてのご相談はお電話にて承っております

※協会けんぽの指定する必須項目の内、受診を希望しないものがある場合は、別コースへのご変更が必要となる場合があります。必ず事前にお電話にてご相談ください。

【お問い合わせ先】



公益財団法人

愛媛県総合保健協会

健康増進部 ドック推進課

TEL 089-987-8201