

甘木中央病院健診室行

FAX：0946－23－8444

健康診断受診申込書（協会けんぽ健診）

申込日 年 月 日

事業所名称		ご担当者名	
保険者名称		保険者番号	
ご住所	〒		
TEL / FAX	TEL FAX		

受診者氏名	ふりがな	保険証記号	保険者番号	生年月日 (和暦)	年齢	性別	いずれか選択		胃カメラ時選択				コース いずれか選択		第1 希望日	第2 希望日
							胃X線	胃カメラ								
							-	2200円 プラス	口から	鼻から	鎮静剤 あり	鎮静剤 なし	一般	付加		

※鼻から挿入が難しい場合は口からに変更する場合があります。