健 康 診 断 申 込 書

住所			
電話番号		健診ご担当	様
メールアドレス			

申込先
順風会　健診予約センターまで

申込締切：7/17（金）

●メールでのご返信
oka.misato@atomgroup.jp

●FAXでのご返信
FAX：089-915-2203

協会けんぽ被保険者本人の方は、「保険者番号・保険記号・保険番号・保険区分」を必ずご記入ください（印字のある場合も、再確認をお願い致します）。
オプション検査や注意事項などは、備考欄にご記入ください。
希望時間を記載された場合でも、ご希望に添えない場合もございます。混雑緩和の為、必ず指定された時間にお越し頂きますよう、ご協力ください。
ご不明な点やお問合せがございましたら、順風会健診予約センター（TEL：089-915-0002）までお願い致します。

氏名	カナ氏名	性別	生年月日	起算年齢	保険者番号	保険記号	保険番号	保険区分	受診コースに「〇」をつける				希望日に「〇」をつける	備考 （希望オプションなど）
									定期健診	生活習慣病健診				
										若年	胃部X線あり	胃部X線なし		
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	
													9/1 ・ 9/7	