

F A X 0853-63-5118
※太線枠内をご記入ください

2025年度 生活習慣病予防健診 受診申込書

申込日 20 年 月 日

保険証の 保険者番号	事業所名			個人負担金 支払方法	すべて個人（窓口）支払	
	担当者名		TEL		すべて事業所へ請求	
			FAX		一般健診負担金（5,282円） のみ事業所へ請求	
保険証の記号	事業所住所	※健診案内・結果表・請求書はすべて事業所住所へ送付いたします 〒 -			ジョイメイトチケット	あり ・ なし
					事業所用結果の送付	必要 ・ 不要

保険証の番号	受診者氏名	性別	生年月日	希望健診の種別		胃部 (無しは午後の実施)	希望月	備考 (オプション・旧姓・希望人数)	受診決定日
1	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
2	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
3	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
4	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
5	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
6	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
7	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
8	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						
9	ふりがな	男	S	一般・付加	子宮・乳がん	カメラ・透視・無し			
		女	H						

☎691-0003

島根県出雲市灘分町613

出雲市立総合医療センター健康管理センター

TEL 0853-63-5119

FAX 0853-63-5118

病院 欄	受 付	入 力	確 認	連 絡
---------	--------	--------	--------	--------