

FAX 0853-63-5118

※太線枠内をご記入ください

2026年度 人間ドック 受診申込書

申込日 20 年 月 日

保険者番号	事業所名					個人負担金 支払方法	<input type="checkbox"/> すべて個人(窓口)支払 <input type="checkbox"/> ドック料金39,600円 または補助適用後の 14,600円を事業所へ請求 <input type="checkbox"/> すべて事業所へ請求	
	担当者名		TEL					
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

※協会けんぽの助成を受けての人間ドックをお申込みの場合は保険者番号、記号、番号の記入が必要です

番号	受診者氏名	性別	生年月日	胃部	希望月	備考 (オプション・旧姓・同日の人数)	受診決定日
1	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			
2	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			
3	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			
4	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			
5	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			
6	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			
7	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			
8	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	カメラ・透視・無し			

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