

# FAX 専用用紙

申し込み日

令和

年

月

日

健康保険の種類	協会けんぽ・組合健保・国保・その他 ( )		
氏名		(フリガナ)	
生年月日	S・H	年	月 日
当院受診歴	有 ・ 無	ID :	
予約日	令和 年 月 日 ( )		
希望コース	一般・オプション・一日ドック・二日ドック・脳ドック・肺ドック		
保険証の記号・番号	※コピーを添付していただきますようお願いいたします		
希望オプション			
胃	胃透視・胃カメラ ( 経口 ・ 経鼻 )		
子宮がん・乳がん	あり・なし	年齢	歳
送付先	自宅・会社		
連絡先 (自宅)	—	—	
連絡先 (携帯)	—	—	
請求先	個人負担 ・ 会社負担 ※初めてお申込みの場合は窓口支払いとなります		
福井勝山総合病院 健康管理センター FAX : 0779-88-8167			

\*\*\*\*\* 下記の欄は記入不要です\*\*\*\*\*

FAX受付日	予約台帳	健診システム	電子カルテ