

郵送のみ受付

2018年度 済生会熊本病院 予防医療センター オリジナルコース

『生活習慣病予防健診 Aコース・Bコース』申込用紙

■ご予約・お問い合わせ先

済生会熊本病院 予防医療センター  
〒861-4193 熊本市南区近見5-3-1

事業所名	
担当者	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	

この申込用紙では、協会けんぽの補助を利用した健診のお申し込みはできません。

被保険者証の保険者番号	
被保険者証の記号	

センター 記入欄	被保険者証の 番号	フリガナ		性別	生年月日	Aコース	Bコース	健診希望月	備考
		氏	名			胃透視 (¥30,240)	胃検査なし (¥12,960)		
記入例	123	サイセイ	ハナコ	男 ○女	H7年5月5日	○		6月 初旬/中旬/下旬	
				男 ・女	年 月 日			月 初旬/中旬/下旬	
				男 ・女	年 月 日			月 初旬/中旬/下旬	
				男 ・女	年 月 日			月 初旬/中旬/下旬	
				男 ・女	年 月 日			月 初旬/中旬/下旬	
				男 ・女	年 月 日			月 初旬/中旬/下旬	

健診料金のお支払い方法 : 当日本人払い・後日事業所払い (オプション検査のお支払い方法: 当日本人払い・後日事業所払い)