

村上病院 健康診断申込書（企業用）

【お申込み方法】

お申込日： 年 月 日

受診者様情報は別紙『健康診断受診者名簿』にご記入ください。
ご記入後、申込書と受診者名簿をあわせてFAXまたはメールで
お送りください。

【村上病院】

Fax : 017-729-8887

メール : murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp

| | | | | |
|-------------|--|---|-----------|----------|
| 住所 事業所名称 | 〒 | — | (フリガナ) | |
| | | | ご担当者名 | |
| | | | 電話番号 | |
| | | | FAX番号 | |
| | | | メールアドレス | |
| お支払方法 | | 当日、全額窓口支払い（個人名・会社名） | | |
| | | 全額会社請求（後日、請求書を郵送致します。） | | |
| | | 一部会社請求（詳細をお知らせください。） | | |
| | | ※お振込みの場合、銀行より領収書が発行されます。 当院の領収書が必要な方はお知らせください。 (必要・不要) | | |
| 領収書名 | | 会社名 | | |
| | | 個人名 | | |
| 書類送付先 | <u>※書類・請求書・結果票等の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。</u> | | | |
| | 〒 | — | ご担当者名 () | 電話番号 () |

▼連絡欄（ご要望など）



医療法人 芙蓉会
村上病院

〒030-0843 青森市浜田3丁目3-14
TEL : 017-729-8888 (代表)

◆ 電話受付 8 : 30 ~ 16 : 00
健診直通 : 017-752-1122

村上病院 健康診断受診者名簿

太枠内の氏名、生年月日、受診コース、希望日をご記入のうえ、当院までFAXまたはメールをお送りください。
確認後、当院より連絡させていただき 詳細打ち合わせ後、希望日が決定いたします。

事業所名称

ご担当者：

保険者番号

保険記号：

電話番号：

- ①協会けんぽ一般健診
②協会けんぽ一般健診：付加健診(年度40、45、50、55、60、65、70歳)
③協会けんぽ差額ドック
④1日人間ドック
⑤一泊二日ドック（フルコース）
⑥脳ドック
⑦村上病院一般健診（6,930円コース）
⑧その他
〔 〕

| No | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 受診コース (希望番号を ご記入下さ) | ①～④の方は 胃の検査をお選びください | ①～③の方は 保険証番号を ご記入ください | オプション | 第一希望 | 第二希望 |
|----|------|--|----|------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|-------|------|------|
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| 1 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 2 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 3 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 4 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 5 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 6 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 7 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 8 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 9 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |
| 10 | | | 男 | 昭 | | 胃カメラ（鼻） | | | | |
| | | | 女 | 平 | | 胃カメラ（口） | | | | |

※受診者様多数の場合は、本用紙コピーにてご使用ください

村上病院 健康診断受診者名簿

太枠内の氏名、生年月日、受診コース、希望日をご記入のうえ、当院までFAXまたはメールをお送りください。
確認後、当院より連絡させていただき 詳細打ち合わせ後、希望日が決定いたします。

事業所名称：

ご記入ください

ご担当者：

ご記入ください

保険者番号：

保険記号：

電話番号：

①協会けんぽ一般健診

④1日人間ドック

⑦村上病院一般健診 (6,930円コース)

②協会けんぽ一般健診：付加健診(年度40、45、50、55、60、65、70歳)

⑤一泊二日ドック (フルコース) ⑧その他

③協会けんぽ差額ドック

⑥脳ドック

〔 〕

| No | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 受診コース (希望番号を ご記入下さ | ①～④の方は 胃の検査をお選びください | | | ①～③の方は 保険証番号を ご記入ください | | オプション | 第一希望 | 第二希望 |
|----|----------|---|----|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|--|------|------|
| | 氏名 | | | | | 胃カメラ(鼻) | 胃カメラ(口) | バリウム | | | | | |
| 1 | ムラカミ 知由 | 男 | 昭 | 45・1・1 | ① | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25 | | 受診コース①②③ は保険証番号が 必要です。 | ○/○ | ○/○ |
| | 村上 太郎 | 女 | 平 | | | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 2 | ムラカミ ハコ | 男 | 昭 | 50・3・3 | ⑦ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | 便検査 腫瘍マーカー (CEA・CA19-9・AFP) | ○/○ | ○/○ |
| | 村上 花子 | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 3 | ムラカミ ジョウ | 男 | 昭 | 5・2・2 | ⑦ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | オプションを付け ることができます。 オプションのみ 当日自己負担も 可能です。 | ○/○ | ○/○ |
| | 村上 次郎 | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 4 | | 男 | 昭 | . | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 5 | | 男 | 昭 | . | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 6 | | 男 | 昭 | . | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 7 | | 男 | 昭 | . | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 8 | | 男 | 昭 | . | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 9 | | 男 | 昭 | . | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 10 | | 男 | 昭 | . | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 女 | 平 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

※受診者様多数の場合は、本用紙コピーにてご使用ください