

FAX 健診申込書

■※は必須項目です。必ずご記入ください。

フリガナ※				人間ドックコース（胃バリウム検査）※ （いずれかに○をつけてください）	・半日コース ・一泊コース （月～木曜日11時受付）	
お名前※						
ご生年月日※	大正	昭和	平成	年 月 日	年齢 歳	性別※ 男 ・ 女
ご予約希望日時※ 第1希望	年	月	日	()	受付時間※ （○で囲んでください）	8：40 9：10 9：50 10：30
ご予約希望日時※ 第2希望	年	月	日	()	受付時間※ （○で囲んでください）	8：40 9：10 9：50 10：30
ご予約確認の返信先FAX番号※						
日中のご連絡先電話番号※ （自宅、携帯、勤務先いずれかに○をつけてください）					・自宅 ・携帯 ・勤務先	
健康保険組合、会社・事業者様等名称※ （団体様でご契約のある方）						
保険証記号・番号※	記号				番号	
被保険者名			続柄	本人 ・ 家族 本人との続柄（ ）		
乳癌検査希望※ （女性のみ）A～Dのいずれかに○をつけてください。	A. 乳房超音波 B. マンモグラフィ（1方向）＋乳房超音波 C. マンモグラフィ（2方向）＋乳房超音波 D. 乳癌検査希望なし					

■以下は初回の方、また前回ご受診時よりご変更のある方は必須項目です。

ご住所（自宅）※	〒				
ご勤務先名※					
ご勤務先住所※	〒				
受診書類の送付先※	自宅		・	勤務先	

◎上部消化管内視鏡検査（胃力メラ検査）につきましてはご予約が大変混み合っておりますので、お電話での予約をお願い申し上げます。

◎本申込書にご記入いただきました内容につきましては、人間ドックの予約申込みとしての目的以外には一切使用いたしません。



住友生命総合健診システム行 FAX番号：06-6304-8041

※お申込みから2営業日以上経過しても当方より返信がない場合は、お手数ですがお電話でのご一報をお願い申し上げます。