

全国健康保険協会受診申込票

事業所名	事業所住所	
	〒	
担当者	連絡先	
	TEL	FAX
保険者番号	記号・番号	

○事前案内等送付先、領収書発行の宛名についてご希望をご回答ください
 郵送物を個人宛送付希望の場合は送付先住所の記載を忘れずをお願いいたします。

事前案内(キット)送付先	個人 / 事業所 (個人宛)
結果票送付先	個人 / 事業所 (個人宛)
領収書宛名 (本体健診分)	個人 / 事業所
領収書宛名 (オプション分)	個人 / 事業所

○受診者様の情報をご記入ください。
 MedCity21の過去の受診者は住所の記入不要です。ただし、住所に変更がある場合は記入をお願いします。
 ○受診日は祝日を除く月曜日から金曜日です。婦人科および乳腺検査を希望される方は月曜、木曜、金曜日にご予約ください。

○受診日は9月30日までとなっております。それ以降の日程につきましては、現在のところご予約をお取りすることができません。

(フリガナ) コウダイ タロウ	性別	生年月日	保険証番号	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名) 公大 太郎	男	昭和40年4月5日	1	一般健診	バリウム	MRI/MRA	4/15、4/22、5/7
〒545-6090 大阪市阿倍野区阿倍野筋1-1-43 あべのハルクス21F				携帯番号 080-XXXX-XXXX			

(フリガナ)	性別	生年月日	保険証番号	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒				携帯番号			

(フリガナ)	性別	生年月日	保険証番号	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒				携帯番号			

(フリガナ)	性別	生年月日	保険証番号	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒				携帯番号			

(フリガナ)	性別	生年月日	保険証番号	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒				携帯番号			

(フリガナ)	性別	生年月日	保険証番号	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒				携帯番号			

(フリガナ)	性別	生年月日	保険証番号	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒				携帯番号			

<送付先> MedCity21 FAX : 06-6624-8212