

申込書

FAX 028-683-3054 TEL 028-683-3050
 (医)北斗会 宇都宮東病院

住 所	〒 -				申込日	
					電話番号	- -
					日中連絡のつく 携帯電話番号	- -
事業所名					FAX 番号	
					担当者名	- -
健康保険証 の番号	㊦コース のみ記入	㊧ 健保被保険者 証の保険番号 (8桁)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	㊨ 健康保険被保険 者証の番号 (7~8桁)	<input type="text"/>

No.	㊦ 健康保険証 の番号 ㊧コースのみ記入	受診者氏名	性別	生年月日	コ ー ス オ プ シ ョ ン	希望日	さつき 共済加入 の有無
1	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	
2	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	
3	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	
4	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	
5	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	
6	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	
7	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	
8	フリガナ		男・ 女	昭・平 年 月 日 (歳)	A 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	有・ 無
					B 1・2・3・4・5	17日午前/17日午後/18日午前/18日午後	
					C 1・2・3・4・5	17日午前/18日午前	

※受診者が多い場合は、複写してお使いください。ご記入いただいた個人情報、当健診の連絡などの目的以外には使用いたしません。

料 金	コース	さつき共済加入者		会員事業所	
	Aコース	12,200円×(名)	円	14,200円×(名)	円
	Bコース	8,000円×(名)	円	10,000円×(名)	円
	Cコース	6,300円×(名)	円	8,300円×(名)	円
	オプション①	4,500円×(名)	円	5,000円×(名)	円
	オプション②	1,500円×(名)	円	2,000円×(名)	円
	オプション③	2,500円×(名)	円	3,000円×(名)	円
	オプション④	1,500円×(名)	円	2,000円×(名)	円
	オプション⑤	1,500円×(名)	円	2,000円×(名)	円
合計		円		円	

※健診受診料のお支払いは、後日結果書類にご請求書を同封いたしますので指定口座へお振込み願います。