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　㋑ 健保被保険者証の保険番号（8桁）	㋺ 健保被保険者証の記号（7～8桁）	

No.	㋩ 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	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	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
2		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
3		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
4		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
5		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
6		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
7		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
8		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
9		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17日午前	
10		フリガナ	男・女	昭・平　年　月　日（　歳）	A	16日午前／16日午後／17日午前／17日午後	有・無
					B	16日午前／17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は、当健診の連絡などの目的以外には使用いたしません。

	コース	さつき共済加入者	会員事業所	合 計
料金	Ⓐコース	4,380円×（　名）　円	6,380円×（　名）　円	円
	Ⓑコース	5,300円×（　名）　円	7,300円×（　名）　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。