

事業所名称			TEL	
事業所住所				
協会けんぽ被保険者番号			協会けんぽ被保険者証記号	

保険証番号	フリガナ		性別	生年月日	受診コース (35~74歳用)	コース内の 胃検査		ご希望の日時や時期、 時間帯を必ずご記入下さい	オプション検査 / 備考 等 ※協会けんぽ補助なし。オプション全額事業所または自己負担。
	氏名								
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		
			男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	バリウム	カメラ		

**食後10時間未満の場合  
協会ドック補助はご利用いただけません**

《子宮頸がん検診》 木曜日実施なし。

《胃カメラ枠》 ご予約確定後の日程変更原則不可。変更の場合はバリウムに変えての調整となります。