東京山手メディカルセンター専用申込用（協会けんぽ以外）

事業所名	
事業所所在地	〒
ご担当者名	
電話番号	

保険者名称 （～健康保険組合）	
保険者番号	
保険証記号	

※問診票と結果票は上記ご記入の事業所へ一括で郵送致します。
ご本人へ直接郵送を希望される場合は下記の住所に記載をお願い致します。
※代行会社様を利用している健康保険組合は必ず代行会社様へのお申し込みが必要となります。

お支払い方法

事業所請求（お振込み）	
当日支払い（ご本人払い）	

※お振込みの手数料は
貴社負担とさせていただきます。

健康保険証 番 号	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日	住所 ※ご本人へ直接問診票と結果表を郵送する場合はご記入ください	希望する検診コース名をご記入ください	希望するオプションをご記入ください	健診希望日 （第三希望日まで記載）	備考
		男・女	昭・平 年 月 日				（第一） 月 日 （第二） 月 日 （第三） 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日				（第一） 月 日 （第二） 月 日 （第三） 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日				（第一） 月 日 （第二） 月 日 （第三） 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日				（第一） 月 日 （第二） 月 日 （第三） 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日				（第一） 月 日 （第二） 月 日 （第三） 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日				（第一） 月 日 （第二） 月 日 （第三） 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日				（第一） 月 日 （第二） 月 日 （第三） 月 日	

（注）当院へFAX送信をされた時点をもちまして貴社が当院の個人情報取扱に同意されたこととなります。また、当院へFAXが届かない際の責任は一切負いかねます。ご了承下さい。

東京山手メディカルセンター　健康管理センター　TEL：03-3364-0251（代表）・03-5925-6005（予約専用）
FAX:03-5330-2516　e-mail:yamate-kenkan@jcho.go.jp
（メールにてご送信の際は添付ファイルにロックをかけパスワードをご記載ください）