

# 人間ドック・健康診断申込書

## (契約健康保険組合補助金利用)

(申込日) 令和 年 月 日

～検査内容を十分御理解の上、お申し込み下さい。～

ふりがな		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	男 ・ 女	
氏名						( )歳		
ふりがな								
住所	〒	—	都道 府県	市区 町村				
電話番号	( )		日中つながる 電話番号	( )				
受診希望日	～第一希望日～ 月 日( )		～第二希望日～ 月 日( )		～第三希望日～ 月 日( )			

ご加入の健康保険組合名		※必ずご記入ください。
希望コース		※コース内容につきましては ご加入の保険組合によって異 なります。お申し込み前にご確 認ください。
希望 オプション 検査		

↙ 協会けんぽ加入の方は下記もご記入ください。 ↘

保険者番号		番号		記号	
保険者区分	被保険者 ・ 被扶養者		← ○を付けてください。		

(備考欄)

--

- 電車でお越しの方  
京成本線「京成成田」駅 徒歩6分  
JR成田線「成田」駅 徒歩8分

- 関東自動車道 富里ICより約11分  
国道51号線を走り[京成成田駅入り口]の信号を  
富里方面に曲がり約100m先の左手

成田富里徳洲会病院 健康管理センター

〒286-0201

千葉県富里市日吉台1-1-1

☎ 0476(85)5313 (直通)

0476(85)5316 (FAX)

0476(93)1001 (代表)