

予 約 内 容 確 認 書

全国健康保険協会（協会けんぽ）生活習慣病予防健診

健診実施機関名

記入日 令和 年 月 日

永井病院 健診センター 行 FAX 050-3110-1217

勤務先の会社名称	勤務先の住所	
ふりがな	〒	
	—	TEL : FAX :

保険証をみてご記入ください

記号	番号	事業者名称	保険者番号

受診者

漢字氏名	ふりがな	性別	生年月日	日中の連絡先
		男・女	年 月 日	— —

予約した日時 予約した内容には○を付けてください（備考欄には下記以外に予約したオプション等があれば記入してください）

健診予約日	受付時間		一般健診		乳がん 検診	子宮がん 検診	骨粗鬆症 検診	備考
年 月 日	:	節目健診	1 バリウムで予約 2 胃カメラで予約 3 胃の検査ナシで予約	若年健診				