



東プラ健診クリニック専用
【生活習慣病健診専用】 申込書

2023年度

※クリニックよりお問い合わせする場合がございますので、事業所控えを保管してください。

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター
Tel:03-5833-3475 Fax:03-5833-5641

保険証記号

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 ※日付記入不可			決定日時	乳房 超音波 女性のみに いずれかに ○をしてください	子宮頸部 細胞診 女性のみに いずれかに ○をしてください	備考欄 ※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目等 をご記入ください
						第1	第2	第3				
1		男	本人	S	生活					あり	医師採取	土曜日不可の場合は○
		女	配偶者	H						なし	なし	
2		男	本人	S	生活					あり	医師採取	土曜日不可の場合は○
		女	配偶者	H						なし	なし	
3		男	本人	S	生活					あり	医師採取	土曜日不可の場合は○
		女	配偶者	H						なし	なし	
4		男	本人	S	生活					あり	医師採取	土曜日不可の場合は○
		女	配偶者	H						なし	なし	
5		男	本人	S	生活					あり	医師採取	土曜日不可の場合は○
		女	配偶者	H						なし	なし	

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

所在地 (※1)	〒
事業所名称	
担当者名	
担当者TEL	
担当者FAX	

※1 所在地について
ご記入いただいた住所宛に事前案内、請求書をお送りいたします。
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。