

近畿中央病院 健康管理係 FAX番号:072-781-2215

特定健康診査 FAX申込書(公立学校共済組合員用)

FAX送信日	月 日
受診希望日 (申込日より1週間以降の平日、火～木をご希望ください)	第1希望 月 日 ()
	第2希望 月 日 ()
	第3希望 月 日 ()
オプション検査 動脈硬化測定(3,780円)の有無 (どちらかに○)	有り ・ 無し

受診者様情報

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日
氏名					
ご住所	〒			電話番号 () -	
返信先FAX番号 (必ずご記入ください)	()	-		・勤務先 ・自宅	勤務先の場合は勤務先名称も記入ください
当院診察券No.	有・無 (No.)	←お持ちの場合は番号をご記入ください			

保険証について

保険者名称 (いづれかに○)	公立学校共済組合	組合員証番号	
	(三重 ・ 滋賀 ・ 京都 ・ 大阪 ・ 兵庫 ・ 奈良 ・ 和歌山 ・ 鳥取) 支部		種別
	その他(公立学校共済組合 支部)		2 現職 家族
			3 任意継続 本人
			4 任意継続 家族

特定健康診査受診券について (受診券を同時にFAXいただける場合は記入不要)

受診券整理番号	
受診券交付年月日	年 月 日
受診券有効期限	年 月 日

※左欄、記入しない場合は必ず受診券をこの申込書と同時にFAXくださいますようお願いいたします。

返信連絡・病院記入欄	1	受診日を決定いたしました。 受診日: 月 日 () ご自宅宛て、受診セットを送付します。受診前にご確認の上、当日9時に 絶食 でお越しください。
	2	
	FAX受理日 / /	FAX返信日 / / 担当者
	電話連絡記録 / /	カルテID