

※名簿送付先 F A X 番号 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛)
フレンドリー 健康診断・自費検査 申込者 名簿 (記入見本)

事業所名 株式会社 フレンドリー

電話番号 03-5961-0520

住 所 豊島区池袋本町4-36-1

F A X 番号 03-5961-0522

担当者名 豊島 愛子

健診料のお支払い方法をお決め下さい。 1 窓口現金払い 2 銀行振込

支払方法 1 の場合の領収書宛名 1 事業所名 2 受診者名

健診料の支払方法
及び領収書の宛名等
を選んで番号に○を付
けてください。

| NO | 受診日 | 受診時間 | フレンドリーげんき 会員番号 | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 S:昭和 H:平成 | 受診コース | 自費検査項目 (オプション名) |
|----|------|------|-------------------|------------------|----|-------------------|-----------|--------------------|
| 1 | △月△日 | ××時 | 11-000000-0000 | トシマ タロウ 豊島 太郎 | 男 | S ××年×月×日 | A B C D F | 大腸癌検査 |
| 2 | △月△日 | ××時 | 11-000000-0000 | トシマ アイコ 豊島 愛子 | 女 | S 〇〇年〇月〇日 | A B C D F | 乳房X線検査 |
| 3 | | | | | | S | A B C D F | |
| 4 | | | | | | H | A B C D F | |
| 5 | | | | | | S | A B C D F | |
| 6 | | | | | | H | A B C D F | |
| 7 | | | | | | S | A B C D F | |
| 8 | | | | | | H | A B C D F | |
| 9 | | | | | | S | A B C D F | |
| 10 | | | | | | H | A B C D F | |
| 11 | | | | | | S | A B C D F | |
| 12 | | | | | | H | A B C D F | |
| 13 | | | | | | S | A B C D F | |
| 14 | | | | | | H | A B C D F | |
| 15 | | | | | | S | A B C D F | |

受診日、受診時間はお客様と
豊島健康診査センターとで相
談のうえ決定します。
ご記入の前に、下記電話番号
へお問い合わせください。

会員番号は必ずご記入ください。
不明な場合はフレンドリーげんき
へお問い合わせください。

※会員番号の記入がない場合、
会員料金での受診が出来ませ
んのでご注意ください。

氏名欄にはフリガナを
必ずご記入ください。

S 又は H の
どちらか該
当に○をし
てください。

自費検査を受診す
る場合は、この欄に
受診希望項目をご
記入ください。

受診する健康診断の
A~D・Fコースのい
ずれかに○をして
ください。

※健康診断の受診日時は、必ず事前にお電話 (03-5974-7205) でご相談、ご予約ください。

※自費検査 (オプション) の受診日時も同様に事前にお電話でご相談ください。

送付先FAX 03-5974-7204 (豊島健康診査センター宛)
 協会けんぽ生活習慣病予防健診 申込書 (記入見本)
 (フレンドリーげんき健康診断補助利用)

(事業所所在地)

〒 170 - 0011
 豊島区池袋本町4-36-1
 株式会社フレンドリー

(事業所名称)

△年 ○月 ○日

| No | 協会けんぽ被保険者証の 保 険 者 番 号 | | 協会けんぽ被保険者証 の記号 | | フリガナ 氏 名 | 性別 | 生年月日 | 協会けんぽ 一 健 診 | 受 診 日 | 備 考 |
|----|--------------------------|-------------------|-------------------|---------|-------------|----------------|-------|----------------|---|-----|
| | 協会けんぽ 保険証 番号 | フレンドリーげんき 会員番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | 〇〇 〇〇〇〇 | | | | | | |
| 1 | 〇〇 | 11-000000-0000 | トシマ タロウ 豊島 太郎 | 〇〇 〇〇〇〇 | 男・女 | ○S・○年○月○日 H | 一 健 診 | R △年△月△日 | | |
| 2 | 〇〇 | 11-000000-0000 | トシマ アイコ 豊島 愛子 | 〇〇 〇〇〇〇 | 男・女 | ○S・○年○月○日 H | 一 健 診 | R △年○月○日 | | |
| 3 | | | | | 男・女 | S・H | 一 健 診 | R | 受診日はお客様と豊島健康診査センターとで相談のうえ決定します。豊島健康診査センターへお問い合わせください。 | |
| 4 | | | | | 男・女 | S・H | 一 健 診 | R | | |
| 5 | | | | | 男・女 | S・H | 一 健 診 | R | | |
| 6 | | | | | 男・女 | S・H | 一 健 診 | R | | |

※名簿送付先 F A X 番号 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛)
フレンドリー 健康診断・自費検査 申込者 名簿

事業所名 _____ 電話番号 _____

住 所 _____ F A X 番号 _____

担当者名 _____

健診料のお支払い方法をお決め下さい。 1 窓口現金払い 2 銀行振込

支払方法 1 の場合の領収書宛名 1 事業所名 2 受診者名

| NO | 受診日 | 受診時間 | フレンドリーげんき 会員番号 | フリガナ 氏 名 | 性別 | 生年月日 S:昭和 H:平成 | 受診コース | 自費検査項目 (オプション名) |
|----|-----|------|-------------------|-------------|----|-------------------|-----------|--------------------|
| 1 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 2 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 3 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 4 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 5 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 6 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 7 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 8 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 9 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 10 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 11 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 12 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 13 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 14 | | | | | | S H | A B C D F | |
| 15 | | | | | | S H | A B C D F | |

※健康診断の受診日時は、必ず事前にお電話 (03-5974-7205) でご相談、ご予約ください。

※自費検査 (オプション) の受診日時も同様に事前にお電話でご相談ください。

送付先FAX 03-5974-7204 (豊島健康診査センター宛)

協会けんぽ生活習慣病予防健診 申込書
(フレンドリーげんき健康診断補助利用)

年 月 日

(事業所所在地)

| | |
|---|---|
| 〒 | — |
| | |

(事業所名称)

| | |
|--------------------------|-------------------|
| 協会けんぽ被保険者証の 保 険 者 番 号 | 協会けんぽ被保険者証 の記号 |
|--------------------------|-------------------|

担当者名

電話番号

FAX番号

| No | 協会けんぽ 保険証 番号 | フレンドリーげんき 会員番号 | フリガナ 氏 名 | 性 別 | 生年月日 | 協会けんぽ 一 健 診 | 受 診 日 | 備 考 |
|----|--------------------|-------------------|-------------|-----|--------------|----------------|------------|-----|
| 1 | | 11- - | | 男・女 | S・H 年 月 日 | 一 健 診 | R 年 月 日 | |
| 2 | | 11- - | | 男・女 | S・H 年 月 日 | 一 健 診 | R 年 月 日 | |
| 3 | | 11- - | | 男・女 | S・H 年 月 日 | 一 健 診 | R 年 月 日 | |
| 4 | | 11- - | | 男・女 | S・H 年 月 日 | 一 健 診 | R 年 月 日 | |
| 5 | | 11- - | | 男・女 | S・H 年 月 日 | 一 健 診 | R 年 月 日 | |
| 6 | | 11- - | | 男・女 | S・H 年 月 日 | 一 健 診 | R 年 月 日 | |