

令和8年度

人間ドック 予約申込書

送信日 令和 年 月 日

ご記入いただいた内容を予約に反映します。全ての項目を記入ください。

栗田病院 健診センター予約係 行	送信枚数
FAX送信先	026-226-0006
メール送信先	kenshin-t@kuritahp.or.jp

事業所名称		
事業所住所 (案内・結果送付先)	〒	
TEL		ご担当者名
FAX		
ご加入の健康保険組合名		

- ①日帰りドック(当院コース)
- ②協会けんぽ日帰りドック
- ③レディースドック(当院コース)
- ④脳ドック(当院コース)
- ⑤脳ドックライト(当院コース)
- ⑥シンプル脳ドック(当院コース)
- ⑦人間ドック(会社・健保独自コース)

中間業者名(中間業者を通す場合はご記入ください)

保険証記号	保険者番号
-------	-------

	漢字氏名	か氏名	性別	生年月日	保険証 番号	本人/家族	ドックコース	胃検査(希望ナシなら空欄にする)			希望オプション(子宮・マンモ・ 乳エコー・腫瘍マーカー等)	希望日
記入例	栗田 花子	クリタ ハナコ	女	1985.4.2	1	本人	①	バリウム	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)	子宮・マンモ	4月1日
1								バリウム	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)		
2								バリウム	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)		
3								バリウム	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)		
4								バリウム	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)		
5								バリウム	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)		

【備考】 ※ご希望ございましたらご記入ください