

申込書類A

※要返信※

返信先FAX番号: 0930-25-2882

E-mail: kenshin@shinyukuhashihospital.or.jp

2026年度(令和8年度) 事業所登録票

※太枠内は記入必須です。

申込日 202 年 月 日

■事業所登録

(フリガナ) 事業所名称	
事業所住所	〒
電話番号 (お問い合わせ先)	
(フリガナ) ご担当者氏名	

■お支払い方法登録

※お支払い方法を下記3パターンから1つお選び下さい。

↓
ご希望方法の欄にチェック✓をお願いします (複数選択不可)

	当日窓口支払い ※企業への結果送付は無し
	全て企業支払 (月末締め) ※企業への結果控え有り
	コースのみ企業支払 (月末締め) オプションは当日窓口払い ※企業への結果控え有り

請求先住所が上記と別の場合は記入して下さい

請求先住所 〒 電話番号 _____
担当者名 _____

【留意事項】

- 個人負担の領収書の宛名に、企業名をご希望の場合は、事前にお申し出下さい。
- 領収書は受診当日のみの発行です。必ず、受領をお願いします。
- 受診日後に領収書を希望された場合、理由いかんに関わらず再発行手数料が発生いたします。
- 退職等により被保険者資格喪失の場合、補助を受けての受診は出来ません。必ずご連絡ください。

新行橋病院 健診室

申込書類B

※要返信※

2026年度(令和8年度) 人間ドック 申込書専用様式<<被保険者用>>

事業所名						ご担当者氏名		電話番号(お問い合わせ先)		FAX番号					
								E-MAILアドレス							
当院使用欄	セイ	メイ	生年月日 (和暦表記)	年度 年齢	性別	住 所 <small>※住所は、住民票のある所を記載して下さい。住民票と住所が異なる場合は、お申し出下さい。</small>	電話番号	日帰り 胃カメラ バリウム		※オプション検査(希望者のみ) マンモ1or2方向、乳エコー、子宮、 頭部MRI、大腸カメラ、PSAなど		希 望 日(第3希望までご記入下さい)			当院使用欄 ご受診日
	姓	名													
例	ユクハシ	タロウ	和暦 S H 61 年 1 月 1 日	35 歳	男	〒 824-0000	携帯番号								
	行橋	太郎			女	福岡県行橋市道場寺〇〇番地	090-0000-△△△△	○		大腸検査、頭部MRI、PSA	○月○日	○月○日	○月○日		
1			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
2			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
3			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
4			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
5			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
6			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
7			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
8			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
9			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										
10			和暦 S H 年 月 日	歳	男	〒	携帯番号								
					女										

※お車で越しの方は胃カメラ検査の際の鎮静剤が使用出来ません。
鎮静剤ご希望の方は必ず公共交通機関で越し下さい。

新 行 橋 病 院 健 診 室