

(医) あさひ会 西早稲田クリニックが実施する

全国健康保険協会 被扶養者巡回(会場)健診

平成29年度

特定健診(メタボ健診)
家族健診(特定健診含む)

申込書

受診者	個人情報の取扱いについて <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない									
	保険証		記号				番号			
	保険者番号				支部名		支 部			
	フリガナ						続柄		性別	
	氏名									
	生年月日		昭和	年	月	日	生	年齢	歳	
	住所		〒 [][][][] - [][][][]							
	電話番号		TEL ()							

● 健診会場の選択

協会健保実施機関一覧表、または、当社ホームページ(<http://www.nwclinic.jp/>)からお選びください。
《会館の都合により、会場・日程の変更があります。予めご了承ください。》

希望健診会場	健 診 日	会 場 名
	月 日	

● 健診種別の選択

(税込)

どちらか一つに ○をつけてください	特定健診(メタボのみ)	一部負担金 500円
	家族健診(特定含む)	一部負担金 8,000円

～ご注意ください～

※特定健診・家族健診は、年度中(4月1日～翌年3月31日)に1回限りです。

2回以上受診された場合や資格喪失後に受診した場合は全額自己負担となりますのでご注意ください。

【個人情報の取扱いについて】

本申込書に記入された内容は、本件以外には使用致しません。詳細はホームページ(<http://www.nwclinic.jp/>)個人情報保護方針をご参照ください。

FAXまたは郵送でお申込みください。FAX 03-3205-0162

送り先住所

〒169-0051

東京都新宿区西早稲田2-21-16-6階

医療法人社団あさひ会 予約センター