

令和5年度
人間ドック 《事業所用》 北見赤十字病院専用申込書①

申込事業所名称	
申込事業所住所	〒
電話番号	こちらの番号にご連絡いたします
FAX番号	こちらの番号に予約確認FAXをいたします
ご担当者	

備考欄

- ◆事業所様への請求書・結果表は、月末締め翌月10日の発送となります。(月下旬のご利用や検査内容により遅延することがございます)
- ◆事業所様用の結果表が不要の場合は、備考欄に「事業所用の結果表不要」とご記入ください。
- ◆健診日の変更は、混雑のためお受けできないことがございます。

支払い方法(どちらかを選択してください)	事業所払い	受診者払い
事業所様への健康診断結果表送付	必要	不要

- *「必要」の場合は受診者本人の了承を得てください。
- * 全て受診者払いの場合は、事業主様への結果表送付はありません。

病院使用欄

確認日時	月	日	時	分
処理担当者				

令和5年度

人間ドック申込書《事業所用》北見赤十字病院専用申込書②

申込事業所名称	
健康保険被保険者証の保険者番号	8桁
健康保険被保険者証の記号	

健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所／電話番号	胃部検査の希望					希望する オプション検査	健診希望日			
					バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		第1	第2	第3	
入力例 999	ニッセキ タロウ 日赤 太郎	男 女	昭 平	44年 12月 12日	〒090-8666 北見市北6条東2丁目1番地 電話 0157-99-9999	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない	肺CT	4/5	5/13	6/7
		男 女	昭 平	年 月 日	〒 電話	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/
		男 女	昭 平	年 月 日	〒 電話	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/
		男 女	昭 平	年 月 日	〒 電話	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/
		男 女	昭 平	年 月 日	〒 電話	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/
		男 女	昭 平	年 月 日	〒 電話	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/
		男 女	昭 平	年 月 日	〒 電話	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/

* 鎮静経口内視鏡を希望する場合は、別途3,300円(税込)を申し受けます。