

# 記入例

お願い

- こちらの申込書はFAXでのご提出専用フォーマットです。FAX:03-5287-6218へ送信をお願いいたします。
  - 水色の欄は入力必須項目です。全項目ご入力ください(オプション検査のご希望がない場合、「追加希望オプション検査」欄のご入力是不要です)。
  - 日本語の認識・会話が困難な方がご受診される場合、安全にご受診いただくため通訳の方の同伴をお願いしております。
- ご予約時にお申し出いただいていない場合、ご連絡ください。詳細はフィオーレ健診クリニックホームページ「よくある質問」をご参照ください。

|                 |                                                          |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-----------------------------------|-----------------|--------|-------|-----------|---------------------------------------------|--|
| 保険者名称           | 〇〇〇〇健康保険組合 ××支部                                          |                         | 事業所名称  | 株式会社 □□□□□□                       |                 |        |       | 事業所電話番号   | 03-0000-0000                                |  |
| 保険者番号           | 「0」を含む8桁の数字                                              |                         | 事業所所在地 | 〒160-0022<br>東京都新宿区新宿0-0-0 ▲▲ビル0階 |                 |        |       | ご担当者名     | 総務人事部 ●●                                    |  |
| 保険証記号           | 1〜8桁の数字                                                  |                         |        |                                   |                 |        |       | ご担当者連絡先   | 090-0000-0000                               |  |
| 保険証番号<br>(半角数字) | 氏名<br>全角(姓・名間に全角スペース)                                    | か氏名<br>半角か(姓・名間に半角スペース) | 性別     | 生年月日                              | 本人<br>配偶者<br>家族 | 日付     | 時間    | 受診コース     | 追加希望オプション検査<br>※健保補助対象のオプション検査については補助を適用します |  |
| 例               | 123 健診 花子                                                | ケンシン ハナコ                | 女      | S45.11.11                         | 本人              | 12月10日 | 10:00 | 生活習慣病予防健診 | 子宮頸がん、マンモグラフィ、乳房超音波                         |  |
| 1               | 5 健診 太郎                                                  | ケンシン タロウ                | 男      | H13.11.15                         | 本人              | 4月2日   | 8:30  | 定期健診      | 保険証番号2より変更                                  |  |
| 2               | ご予約日確定後にご入力いただき、FAX(03-5287-6218)へ送信をお願いします。             |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 3               | ◆文字の大きさについて                                              |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 4               | □ FAXの場合、文字が不鮮明となる場合がございます。可能な限り設定のフォント(サイズ)でご入力ください     |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 5               | ◆氏名について                                                  |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 6               | □ 保険証表記の内容をご入力ください                                       |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 7               | ◆追加希望オプション検査について                                         |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 8               | □ お電話で追加オプション検査をお伝えいただいている場合でも、必ずご入力ください                 |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 9               | バリウム検査を胃内視鏡検査へ変更された場合も必ずご入力ください                          |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
| 10              | □ 胃内視鏡検査、MRI検査は事前予約制です。健康診断ご予約時に併せてご予約ください               |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
|                 | □ 乳がん検査をご希望の場合、必ず検査方法(マンモグラフィ、乳房超音波)をご入力ください             |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
|                 | ◆その他                                                     |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |
|                 | □ 前回受診時より、保険証情報に変更がある場合、「追加希望オプション検査」の欄に変更内容をご入力ください(任意) |                         |        |                                   |                 |        |       |           |                                             |  |

# 記入例

**自宅宛** こちらのシートは案内状送付先を入力いただくシートです。「事業所所在地」へ送付の場合入力不要です。

事業所名 株式会社 □□□□□□

水色の欄は入力必須項目です。全項目ご入力ください

| 保険証番号 | 氏名(全角)  | 郵便番号<br>(半角) | 住所1<br>全角(20文字) | 住所2<br>全角(20文字) |
|-------|---------|--------------|-----------------|-----------------|
| 例 123 | 健診 花子   | 111-1111     | 東京都新宿区新宿〇-〇-〇   | フィオーレ東京〇〇〇      |
| 1     | 5 健診 太郎 | 160-0022     | 東京都新宿区新宿7-26-9  | 〇〇マンション102      |
| 2     | 0       | 0            |                 |                 |
| 3     | 0       | 0            |                 |                 |
| 4     | 0       | 0            |                 |                 |
| 5     | 0       | 0            |                 |                 |
| 6     | 0       | 0            |                 |                 |
| 7     | 0       | 0            |                 |                 |
| 8     | 0       | 0            |                 |                 |
| 9     | 0       | 0            |                 |                 |

< >

受診者情報入力シート【FAXご提出用】

ご自宅住所入力用

ご勤務先住所入力用

+

:

◆1枚目の「受診者情報入力シート」と同じ順でご入力ください

◆下記項目は「受診者情報入力シート」にご入力いただきますと、自動的に反映されます

- ☐ 事業所名
- ☐ 保険証番号
- ☐ 氏名(全角)

◆住所には文字数制限がございます。ご注意ください。

**勤務先宛** こちらのシートは案内状送付先を入力いただくシートです。「事業所所在地」へ送付の場合入力不要です。

事業所名 株式会社 □□□□□□

水色の欄は入力必須項目です。全項目ご入力ください

| 保険証番号 | 氏名(全角)  | 郵便番号<br>(半角) | 住所1<br>全角(20文字) | 住所2<br>全角(20文字) | 社名(店舗名)         | 勤務先電話番号<br>(半角) |
|-------|---------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 例 123 | 健診 花子   | 111-1111     | 東京都新宿区新宿7-26-9  | フィオーレ東京〇〇〇      | 株式会社フィオーレ 新宿支店  | 03-1234-5678    |
| 1     | 5 健診 太郎 | 150-0001     | 東京都渋谷区神宮前〇-〇-〇  | 渋谷〇〇ビル3階        | 株式会社フィオーレ 渋谷営業所 | 03-0000-0000    |
| 2     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |
| 3     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |
| 4     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |
| 5     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |
| 6     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |
| 7     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |
| 8     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |
| 9     | 0       | 0            |                 |                 |                 |                 |

< >

受診者情報入力シート【FAXご提出用】

ご自宅住所入力用

ご勤務先住所入力用

+

: