

## 健康診断申込書

記入例

令和 7 年 5 月 1 日

担当

フリガナ	マツサカシケンシンセンター			支払方法	当日支払 ・ 後日請求			
団体名称	松阪市健診センター							
略称								
担当者氏名	伊勢 みどり			(部署 総務課)				
住所	〒 515-0073			TEL : 0598-12-3456				
	松阪市殿町1550番地			FAX : 0598-12-7890				
	申込者	性別	生年月日	コース	オプション	希望日	時間	
1	フリガナ 名前	ミクモ タロウ 三雲 太郎	男	1990/7/20	定期健康 診断A	心臓セット	#####	9:00
2	フリガナ 名前							
3	フリガナ 名前							
4	フリガナ 名前							
5	フリガナ 名前							
計 1 名 ( 男 1 名 ・ 女 名 )								
申込日	令和 7 年 5 月 1 日			松阪市健診センター ぴーす				
連絡先	松阪市健診センター			(指定管理者 松阪地区医師会)				
TEL番号	0598-12-7890			健診予約課	電話	0598-23-7563		
					FAX	0598-23-7669		

健康診断申込書にご記入いただいた情報は、健康診断の受付・各種連絡情報提供等の利用目的の為、使用させていただきます。

あらかじめご了承ください。

## 協会けんぽ用健康診断申込書

## 記入例

事業所名	松阪市健診センター		
住所	〒515-0073	TEL: 0598-23-7563	
	松阪市殿町1550番地	FAX: 0598-23-7669	

保険者番号	1240019	支払方法
被保険者記号	12345678	当日支払・後日請求

	申込者	性別	生年月日	被保険者番号	胃検査	受診希望日 時間
1	フリガナ マツザカ タロウ	男	1989/1/1	0001	バリウム	2025/4/10
	名前 松阪 太郎				内視鏡	9:00
2	フリガナ トノマチ ハナコ	女	1985/1/2	0012	バリウム	2025/4/11
	名前 殿町 花子				内視鏡	9:30
3	フリガナ シミン ジロウ	男	1983/2/3	0014	<del>バリウム</del>	2025/4/12
	名前 市民 次郎				内視鏡	9:00
4	フリガナ				バリウム	
	名前				内視鏡	
5	フリガナ				バリウム	
	名前				内視鏡	

計 名 ( 男 名 ・ 女 名 )

申込日	令和 7 年 4 月 1 日	松阪市健診センター ぴーす
連絡先	松阪市殿町1550番地	(指定管理者 松阪地区医師会)
TEL番号	0598-23-7563	健診予約課 電話 0598-23-7563 FAX 0598-23-7669

健康診断申込書にご記入いただいた情報は、健康診断の受付・各種連絡情報提供等の利用目的の為、使用させていただきます。

あらかじめご了承ください。

電算

検便検査申込書

記入例

受付日 令和 年 月 日

検体番号 \_\_\_\_\_

受領者 \_\_\_\_\_

◎ お申し込みされる方について

1. 団体に申込まれる方 (※名簿一覧も一緒にご提出ください)

団体名	松阪市健診センター	様
代表者名	松阪 太郎	様
ご住所	(〒 515 - 0073 ) 松阪市殿町 1550 番地	
お電話番号	0598-23-7563	

2. 個人で申込まれる方

(フリガナ) お名前	マツザカ タロウ 松阪 太郎	様	性別	男	・ 女
ご住所	(〒 515 - 0073 ) 松阪市殿町 1550 番地		生年月日	平成 1 年 1 月 1 日	
お電話番号	0598-23-7563				

◎ 検査内容について

検査項目	単価	人数	料金
4. 赤痢・サルモネラ(腸チフス菌等)	660 円 ×	1	= 660 円
5. 赤痢・サルモネラ(腸チフス菌等)+O157	1,380 円 ×	2	= 2,760 円
6. ノロウイルス抗原定性	円 ×		= 円

◎ 検査結果のお受け取り方

- ・ 松阪市健診センター窓口 (電話連絡  要 / 不要) 電話希望時間 ( )
- ・ 郵送希望 (別途、郵送代が必要となります)

◎ お支払方法

- ・ 現金 (検体提出時お支払い)

◎ 受付時間 月曜日から金曜日 午前9時から16時まで

結果のお問い合わせはご遠慮ください。

領収 済 / 未

〒515-0073 三重県松阪市殿町 1550 番地  
松阪市健診センター ピーす TEL0598-23-7563 (代)

# 検便検査申込書

記入例

受付日 令和 年 月 日  
 検体番号 \_\_\_\_\_  
 受領者 \_\_\_\_\_

◎ お申し込みされる方について

1. 団体に申込まれる方 (※名簿一覧も一緒にご提出ください)

団体名	松阪市健診センター 様
代表者名	松阪 太郎 様
ご住所	(〒 515 - 0073 ) 松阪市殿町 1550 番地
お電話番号	0598-23-7563

2. 個人で申込まれる方

(フリガナ) お名前	マツカ タロウ 様 松阪 太郎	性別 <b>男</b> ・ 女 生年月日 平成 1 年 1 月 1 日
ご住所	(〒 515 - 0073 ) 松阪市殿町 1550 番地	
お電話番号	0598-23-7563	

◎ 検査内容について

検査項目	単価	人数	料金
1. 赤痢・糈モ形(腸チフス菌等)	660 円	1	= 660 円
2. 赤痢・糈モ形(腸チフス菌等)+O157	1,380 円	2	= 2,760 円
3. ノロウィルス抗原定性	円		= 円

◎ 検査結果のお受け取り方法

- ・ 松阪市健診センター窓口 (電話連絡 **要** / 不要) 電話希望時間 ( )
- ・ 郵送希望 (別途、郵送料が必要となります)

◎ お支払方法

- ・ 請求書振込 (請求書名「 **松阪市健診センター** 」)

◎ 受付 松阪市健診センター ぴーす

TEL 0598-23-7563 (代)

月曜日から金曜日 午前9時から16時まで

※結果のお問い合わせはご遠慮ください。

領収 済 / 未

# 検便検査申込書

記入例

松阪市健診センター

様

所属団体	松阪市健診センター
住所	松阪市殿町 1550 番地
連絡先	0598-23-7563

検体番号	氏名 (カタカナでご記入ください) <small>シメイ</small>	生年月日	SS	O-157	ノロウイルス
1	マツサカ イチロウ	1989.4.3	○		
2	マツサカ ジロウ	1990.5.5	○		
3	マツサカ サブロウ	1991.6.5	○		
4	イセ シロウ	1992.7.6	○	○	
5					
6					
7					
8					
9					
10					