

ウェルネス天神 お申込書

FAX 092-711-0255

[Aコース専用]

☆ウェルネス使用欄
20 年 月 日() RNO コース記入[]
コード[] 時間帯()

◎申込書の太枠の中をご記入下さい。

ご希望日 ① 月 日() ② 月 日() ③ 月 日()
ご受診施設 ウェルネス天神 (男性専用)
保険者名称 保険証をもとにご記入下さい。
□ 本人 □ 被扶養 (配偶者・家族)
保険証記号 保険証番号 保険者番号
会社名
フリガナ 生年月日 S.H 年 月 日 (歳)
お名前 性別 ■ 男性
送付先住所 (〒 -)
□ 自宅 □ 勤務先
連絡先 □ 自宅 □ 携帯TEL() - 勤務先TEL() -
ウェルネスご利用 □ 初めて □ 複数回 受診着のサイズ □ M □ L □ LL

ご希望の検査項目に を入れてください。

胃検査 □ 胃X線(胃透視) □ 胃検査キャンセル(理由:)
□ 胃内視鏡(局所麻酔) 税込6,050円・胃X線料金に加算・・・要事前予約 ※生検は保険診療適用

オプション検査(別途料金・税込)

Table with 2 columns: Option Name and Price. Includes items like CT, Ultrasound, Blood Tests, and Allergy Tests.

☆ウェルネス使用欄
① 入力 ② 確認 ③ 問診発送 区分 承認書 利用券 受診券
□ガイド □属メモ □ガイド □属メモ □便 □尿 □喀痰 1 2 3 4 転記 申請
□再計算 / / / 夫婦同日 ◆ □移動 □結果 □金属 □FAX
□画像診断 (時間 :)

- ◎ ご契約の内容により、オプション等の取り扱いが異なる場合がございますので、詳細はお問い合わせ下さい。
◎ ご予約後、[予約日]をお知らせする薬書を送付致します。
◎ ご受診日の7日前までに案内資料一式を送付致します。届かない場合は、お手数ですがご連絡下さい。
◎ 【利用券】【受診券】【通知書】【承認書】等の申請をお願い致します。(申請が必要ない場合もございます。詳細は健康保険組合にご確認下さい。)