



医療法人知音会 御池クリニック

FAX 075-823-3334

〈FAX専用お申込用紙〉

カナ氏名		受診者ID <small>※わかる方のみ記入ください</small>	
漢字氏名 <small>&lt;必須&gt;</small>		性別	男 女
住所 <small>&lt;必須&gt;</small>	〒		
電話番号 <small>&lt;必須&gt;</small>	連絡先1		
	連絡先2		
	繋がりやすい時間帯		
生年月日 <small>&lt;必須&gt;</small>	大正・昭和	年	月 日 ( 歳)
健康保険証 被保険者情報 <small>&lt;必須&gt;</small>	被保険者番号		
	保険者番号		
	有効期限	平成	年 月 日
婦人科検査(女性のみ)	希望する ・ 希望しない		
受診希望日 <small>&lt;必須&gt;</small>	第一希望	年	月 日 ( )
	第二希望	年	月 日 ( )
	第三希望	年	月 日 ( )
受診コース <small>&lt;必須&gt;</small> <small>(いずれかに○をつけて下さい)</small> ※○印の記入がない場合は後 期高齢者医療保険ご契約 コースとさせていただきます		後期高齢者医療保険ご契約コース 男性: 12,300円 女性: 13,272円	
		プレミアムコース 男性: 63,100円 女性: 60,832円 (脳MRI・MRA、胸部CTなどを追加したグレードアップコースです)	
備考			
予約結果連絡先 FAX番号 <small>&lt;必須&gt;</small>			<input type="checkbox"/> 予約結果の FAX受診不可

※ご希望日で予約の受付が完了した場合は、原則FAXにて予約開始日の7月1日以降に受診日  
をご連絡いたします。

※設備等の関係で、1日の受診者数に制限があり、ご希望に添えない事もございますので、あ  
らかじめご了承下さい。

※上記内容は、ご受診のコースにより回答が不要な項目もございます。お判りの範囲でご記入下  
さい。