

パートナードック(施設型) ネットワーク健診 電話申込みマニュアル

ドックの予約はご本人で直接健診機関にお申込みいただきます。
お電話にて予約をお願いします。

予約電話のイメージです。

健康診断の予約をお願いします。

はい。いつ・どのような健診ですか？

サンゲツ健康保険組合の
Cコース パートナードック(施設型)です。
●月●日で空きはありますか？

承知しました。自己負担分3,000円を当日窓口でお支払いとなります。
●月●日の8:30でいかがでしょうか。
オプションで追加される項目はありますか？

※希望者のみ(自己負担)
オプション追加をお願いします。
(例:脳ドック・頸動脈エコー・腫瘍マーカー)

承知しました。氏名・生年月日・性別をお教えてください。
初めての場合は、住所と電話番号もお願いします。

(例) サンゲツ花子です。1970年1月1日で、女性です。
住所は名古屋市西区●●-●● 052-564-3199です。

承知しました。では問診票を先ほどのご自宅住所へお送りします。
健康保険証の記号・番号・保険者番号をお教えてください。

記号10(共通) 番号○○○○○ 保険者番号06232268(共通)です

ありがとうございます。健診日程が近くなりましたら問診票をお送りします。

予約でご不明な点はサンゲツ健康保険組合(052-564-3199)まで
お問合せください。