

生活習慣病予防健診 申込書

高島市民病院 健診センター 行

申込日 年 月 日

FAX番号 0740-36-0264(直)

電話番号 0740-36-8082(直)

(受付時間:平日 13:00~16:00)

○ 事業所名称
〒 -

○ 事業所所在地
〒 -

担当者名

電話番号

FAX番号

郵送物送付先住所に当てはまる項目に をしてください

事前案内、健診結果 左記同住所 下記住所(指定住所をご記入ください)
〒 - (担当者名)

ご請求書 左記同住所 下記住所(指定住所をご記入ください)
〒 - 当日窓口精算(領収書は個人名となります)
(担当者名)

健康保険証の 保険者番号		健康保険証の 記号		フリガナ	性別	生年月日	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください			一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください				健診を受ける日	一般健診の方は 胃検査についていずれ かに☑をしてください	備考	
健康保険証 の番号		氏名					一般健診 (20, 25, 30歳 35歳以上)	子宮頸がん 検診(単独)	定期健診 (35歳未満)	節 目 健 診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	骨粗鬆症 検診				
(例)	234	タカシマ	イチコ	高島 市子	男・女	昭平 61年6月10日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					男・女	昭平 年 月 日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					男・女	昭平 年 月 日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					男・女	昭平 年 月 日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					男・女	昭平 年 月 日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					男・女	昭平 年 月 日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

<記入上の注意> ※ 乳がん検診 → 予約に人数制限を設けております。(火曜日は不可)
 ※ 子宮頸がん検診 → 予約に人数制限を設けております。
 ※ 予約日・変更日は、ご希望日にてお伺いできない場合がございます。ご了承をお願いいたします。

※ 胃カメラ検査(特に経鼻カメラ)は予約に人数制限があります。
 ※ 節目健診、乳がん検診、子宮頸がん検診、骨粗鬆症検診において、協会けんぽ助成年齢対象外の方は自費となります。
 ※ 20, 25, 30歳の方は、胃検診および大腸がん検診が含まれません。