

2020年度 全国健康保険協会管掌 生活習慣病予防健診申込書 (病院予約専用用紙) ①

下記必要事項をご記入いただき、FAXにてお送り下さい
※申込みが確認出来次第、こちらからお電話いたしますのでしばらくお待ちください

(1ヶ月先からのご予約となります)
※この健診は被保険者(本人)の方が
対象となります

※病院使用欄

① 事業所			
所在地(任継は自宅)	〒		
電話番号		FAX	
ご担当者			
健康保険証保険者番号			
健康保険証記号			
案内・結果の郵送先	①事業所 ・ ②支店(営業所)		

② 支店名(営業所名)			
所在地	〒		
電話番号		FAX	
ご担当者			
※左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)はこちらにご記入下さい			

※案内・結果は個別封筒に封入し全て①又は②のいずれかに送付致します。(受診者様自宅への配送は不可)

※全ての検査は、毎月・平日(土日祝除く)の午前中に実施です。(日程が変更する場合もございます)

※子宮がん検診は月・火・木・金のみです。

※健診対象の方は受診日当日に協会けんぽの被保険者の方のみとなります。

※健診当日、各自で院内をまわっていただきます。

※お支払いは、当日個別でのお支払いとなります。(請求書対応不可)

＜受付・お問い合わせ＞ 平日13時～16時 医療法人徳洲会 和泉市立総合医療センター 健診センター(土日祝休)

TEL:0725-41-1331 / FAX:0725-51-7287

〒594-0073 和泉市和気町4丁目5番1号 健診機関コード(2710503612)

2020年度 全国健康保険協会管掌
生活習慣病予防健診申込書

(病院予約専用用紙) ②
和泉市立総合医療センター健診センター
FAX: 0725-51-7287

●胃カメラ検査: 4,000円追加(税別)
●鎮静剤有: 1,000円追加(税別)

受診者リスト 太枠内をご記入ください。
申込が確認出来次第、こちらからお電話いたしますのでしばらくお待ちください。 ※付加健診の肺機能検査は感染予防の為9/30まで省くことができます。
※肝炎ウイルス検査につきまして、過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがある方は受診できません。

病院使用欄														
保険証番号	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	自宅住所	受診コース(協会けんぽ補助対象) ○で囲んでください					胃部検診 ○で囲んでください	希望日	病院使用欄		
		男・女	昭・平 年 月 日	〒	一般	子宮 頸がん (単独)	付加 (肺機能) 有・無	乳がん	子宮 頸がん	※肝炎 ウイルス	胃の検査 なし	① 月 日	ID	
											バリウム			
											胃カメラ	② 月 日	日程連絡	
TEL:											鎮静剤 : 有 無			
保険証番号	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	自宅住所	受診コース(協会けんぽ補助対象) ○で囲んでください					胃部検診 ○で囲んでください	希望日	※病院使用欄		
		男・女	昭・平 年 月 日	〒	一般	子宮 頸がん (単独)	付加 (肺機能) 有・無	乳がん	子宮 頸がん	※肝炎 ウイルス	胃の検査 なし	① 月 日	ID	
											バリウム			
											胃カメラ	② 月 日	日程連絡	
TEL:											鎮静剤 : 有 無			
保険証番号	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	自宅住所	受診コース(協会けんぽ補助対象) ○で囲んでください					胃部検診 ○で囲んでください	希望日	※病院使用欄		
		男・女	昭・平 年 月 日	〒	一般	子宮 頸がん (単独)	付加 (肺機能) 有・無	乳がん	子宮 頸がん	※肝炎 ウイルス	胃の検査 なし	① 月 日	ID	
											バリウム			
											胃カメラ	② 月 日	日程連絡	
TEL:											鎮静剤 : 有 無			
保険証番号	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	自宅住所	受診コース(協会けんぽ補助対象) ○で囲んでください					胃部検診 ○で囲んでください	希望日	※病院使用欄		
		男・女	昭・平 年 月 日	〒	一般	子宮 頸がん (単独)	付加 (肺機能) 有・無	乳がん	子宮 頸がん	※肝炎 ウイルス	胃の検査 なし	① 月 日	ID	
											バリウム			
											胃カメラ	② 月 日	日程連絡	
TEL:											鎮静剤 : 有 無			