

全国健康保険協会 生活習慣病予防健診申し込み名簿

企業NO :

※該当する項目を○で囲んで下さい。

事業所名 _____ 様

【健診料金支払い方法】

- 1. すべて事業所請求
- 2. 一部自己負担 ()
- 3. 当日全額自己負担

住所 _____

TEL _____

【事業主への結果報告書控え】

- 1. 不要 (ご本人のみ報告)
- 2. 必要 (必ず受診者の了承を得てください)

担当者 FAX _____

【案内、問診等の送付先】

- 1. 自宅
- 2. 事業所

※健診センター _____ 宛て

	ふりがな	生年月日	性別	ご住所 アパート・団地名・部屋番号 まで記入	健診内容			胃検査		婦人科検診		第1希望月 日(曜日)	第2希望月 日(曜日)	備考・オプション
	お名前				※希望を○で囲んで 下さい。	付加 健診	付加 健診 希望	※希望を○で囲ん で下さい。	胃バリウム	胃カメラ	※希望を○で 囲んで下さい。			
1		S H . .	男・女		一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	胃バリウム	胃カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
2		S H . .	男・女		一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	胃バリウム	胃カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
3		S H . .	男・女		一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	胃バリウム	胃カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
4		S H . .	男・女		一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	胃バリウム	胃カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	
5		S H . .	男・女		一般 健診	付加 健診	付加 健診 希望	胃バリウム	胃カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	

・乳がん検診 (マンモグラフィ) ご希望の方は月・水・金曜日のみとなります。

・胃カメラに変更ご希望の方は追加料金 3, 300円となります。【月・火・水・木・金】

※予約が完了しましたら協会健保へ申し込みをお願いいたします。

2019.4月改定

とよみ生協病院 健診センター 豊見城市真玉橋593-1

TEL : 850-9003 FAX : 850-3392