

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:

事業所名 _____ 様

住所 _____

TEL _____

担当者 _____ FAX _____

※は必ず記入をお願いします。(保険者証参照)

※ 保険者番号(8桁): _____

※ 記号: _____

※該当する項目を○で囲んで下さい。

【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

【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)

【案内、問診等の送付先】

- 1. 自宅
- 2. 事業所

※ 保険 番号	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。	※希望を○で囲んで 下さい。	※希望を○で囲んで 下さい。	※希望を○で囲んで 下さい。	※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	バリウム	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	バリウム	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	バリウム	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	バリウム	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	バリウム	カメラ	無	乳・子	/ ()	/ ()	

※ 土曜日は胃カメラ、乳がん、子宮がんの検査は行っておりません。

※ 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。

(胃カメラの水曜日の体制は10月以降未定です。)

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