

全国健康保険協会 生活習慣病予防健診 申込み名簿

企業NO :

事業所名 _____ 様

住所 _____

担当者 _____ TEL _____
 (_____) 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 : _____

【健診料金支払い方法】

※該当する項目を○で囲んで下さい。

- 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	健診内容			胃検査 ※1 ※2		偶数年齢女性 子宮頸がん検査 乳がん検査 骨粗鬆症検査			喀痰検査 50歳以上 喫煙指数600以上	第1希望日 月 / 日 (曜日)	第2希望日 月 / 日 (曜日)	備考・オプション	
	お名前				一般健診	節目健診	節目健診希望	バリウム	胃カメラ	有・無	有・無	有・無					有・無
					※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				バリウム	胃カメラ	有・無	有・無	有・無	有・無	/ ()	/ ()		
ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。)																	
2			S H	男・女				バリウム	胃カメラ	有・無	有・無	有・無	有・無	/ ()	/ ()		
ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。)																	
3			S H	男・女				バリウム	胃カメラ	有・無	有・無	有・無	有・無	/ ()	/ ()		
ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。)																	
4			S H	男・女				バリウム	胃カメラ	有・無	有・無	有・無	有・無	/ ()	/ ()		
ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。)																	

◎胃カメラに変更ご希望の方は追加料金3,850円となります。【月～金】
 ※1. 40歳以上は胃の検査は必須となります。 35歳以上40歳未満は省略可です。
 ※2. 胃カメラは局所麻酔のみとなります。 鎮静剤は使用していません。
 ◎喀痰検査の対象は50歳以上で喫煙指数600以上の方が補助の対象となります。

とよみ生協病院 健診センター 豊見城市真玉橋593-1
 TEL : 0570-007-955 FAX : 850-3392