

年度全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診予約申し込み書

[岩国みなみ病院用]

※お手数ですが、必ずご記入下さい。

[当院処理欄]

事業所名		ご担当者名			処理日	担当者
事業所住所	〒 -			FAX送信		
TEL/FAX	TEL	FAX		検査予約		
物品、結果送付先住所	事業所住所・その他(〒 -)			予約入力		
請求方法 ①②③から選んで下さい。	① すべてを個人窓口請求 ② すべてを事業所一括請求			物品送付		
	個人窓口請求するものを○で囲んで下さい。 ③ [一般健診・付加・乳がん・子宮がん・胃カメラ変更費用] を個人窓口請求、他を事業所請求			請求書送付		
請求書送付先	上記事業所以外への請求を希望される場合はご記入下さい (〒 -)					

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号
-----------------	--------------

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	一般健診		子宮頸がん 検診単独 希望日	胃カメラ 希望 5000円	一般健診に追加する検査			産婦人科	備考欄	決定日 [当院処理欄]
				希望月	希望曜日			付加健診	乳がん	子宮頸がん			
1	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								
2	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								
3	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								
4	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								
5	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								
6	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								
7	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								
8	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月	曜日								

※ご記入されましたら、この用紙のみ右記へFAX下さい。

岩国みなみ病院 健診部 TEL/FAX 0827-32-4300

この申込書は、協会けんぽ健診の対象者(35歳以上の被保険者)のみに、ご使用下さい。

ご不明な点がございましたら、岩国みなみ病院 健診部(TEL / FAX 0827-32-4300)までご連絡下さい。

見本

全国健康保険協会等健康保険生活習慣病予防健診予約申し込み書

[岩国みなみ病院用]

[当院処理欄]

※お手数ですが、必ずご記入下さい。

事業所名
事業所住所
TEL/FAX
物品、結果送付先住所
請求方法 ①②③から選んで下さい
請求書送付先

《胃部検査について》
 胃部検査はレントゲン検査となっています。
 胃カメラ検査(経口)に変更できますが、変更費用5,000円が必要です。変更を希望される場合のみ○をつけて下さい。
 下記の方は、カメラへの変更をお勧めします。
 1.バリウムに対するアレルギーのある方。
 (レントゲン検査不可。必ず申告して下さい。)
 2.胃の手術をされている方
 尚、1,2の場合も変更費用は必要です。
 ※胃部検査をされない場合は、備考欄にご記入下さい。

《付加健診について》
 対象年齢(40歳50歳)で検査を希望される場合は、○をつけて下さい。
 一般健診料とは別に(4,802円)必要です。
 ※対象年齢外で検査を希望される場合は、「オプション」とご記入下さい。
 一般健診料とは別に(13,090円)必要です。

《乳がん検診について》
 対象年齢で検査を希望される場合は、必ず○をつけて下さい。
 一般健診料とは別に(1,086円または1,686円)必要です。
 ※対象年齢外で検査を希望される場合は、「オプション」とご記入下さい。

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号
-----------------	--------------

健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日	一般健診 希望月 希望曜日	子宮頸がん 検診単独 希望日	胃カメラ 希望 5000円	一般健診に追加する検査 付加健診 乳がん 子宮頸がん	産婦人科	備考欄	決定日 [当院処理欄]
1			月 日	月 曜日						
2			月 日	月 曜日						

《各種番号・記号について》
 協会けんぽの対象者確認の為に、下記を記入して下さい。
 ・健康保険被保険者証の保険者番号
 ・健康保険被保険者証の記号
 ・健康保険証の番号

《健診日について》
 ご希望の健診月、曜日等がありましたらご記入下さい。
 当院の健診枠が空いていれば、対応させていただきます。
 月・木・金 午前8:30～ 午後14:00～
 火・水・土 午前8:30～ 午前のみ
 ※健診の時間は、健診内容により病院側の指定となります。
 ※午後健診は、健診当日の朝7時までに朝食をお召上がり下さい。(それ以降絶食)
 ※火曜日午前は、胃カメラ、付加健診はできません。

《子宮頸がん単独検診について》
 対象年齢: ・20～34歳の偶数年齢の方
 ・36歳、38歳の一般健診を受けない方
 対象年齢で検査を希望される場合は、希望日をご記入下さい。
 健診料は1,039円です。
 当院で検査することはできません。当院での受付終了後、契約産婦人科で検査させていただきます。契約産婦人科を右記より選んでご記入下さい。

《子宮頸がん検診について》
 対象年齢で希望される場合は、○をつけて下さい。
 一般健診料とは別に(1,039円)必要です。
 当院で検査することはできません。
 一般健診終了後、契約産婦人科で検査させていただきます。産婦人科を下記より選んでご記入下さい。

※契約産婦人科
 岩国病院 検診日 月・火・水・金 午前/午後
 (院長 庄司 孝) 木・土 午前のみ
 友田クリニック 検診日 月・水・金 午前/午後
 (院長 友田 真知子) 木 午前のみ