

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。

《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。
 尚、①②の場合も変更費用は必要です。
 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

※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)
 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
 40歳～74歳(令和4年度に迎える誕生日で偶数年齢の方)

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。
 一般健診料とは別に(7,370円)必要です。

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		フリガナ		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〕	
健康保険証 の番号							希望月	希望曜日			付加健診	乳がん	子宮頸 がん	岩国/友田	
1							日	月	曜日						
2							日	月	曜日						
3							日	月	曜日						
						女							平		

《各種番号・記号について》

協会けんぽの対象者確認の為
 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・水・木・金 午前9:00～ 午後14:00～
 火・土 午前9:00～ 午後休診

※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時までに朝食を済ませそれ以降絶食

《子宮頸がん単独検診について》

●対象年齢
 ①20～34歳の偶数年齢の方
 ②36歳、38歳の一般健診を受けない方

希望される場合は、
契約産婦人科を右記より選んで
 希望日をご記入下さい。
 健診料は1,039円です。
 当院受付後、契約産婦人科での検査となります

《子宮頸がん検診について》 契約産婦人科での検査となります

●対象年齢
 36歳～74歳(令和4年度に迎える誕生日で偶数年齢の方)

希望される場合は、
○をつけ契産婦人科を下記より選んでご記入下さい。
 一般健診料とは別に(1,039円)必要です。

※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

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								
事業所住所	〒 -								FAX送信	
TEL/FAX	TEL () -			FAX () -					検査予約	
物品送付先住所	事業所住所・その他(店名 〒 -			TEL)					予約入力	
結果送付先住所	事業所住所・その他(店名 〒 -			TEL)					物品送付	
結果部数	2部	結果が2部必要な場合は、○をして下さい。承諾書必要。(尚、送付先は同一とさせていただきます)								
お支払い方法 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							
	③一部を個人窓口請求 [一般健診・付加・乳がん・子宮がん・PSA・胃カメラ変更費用] ○で囲んで下さい									
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 (店名 〒 -)									

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 岩国/友田	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