

____年度 全国協会保険健康保険組合 生活習慣病予防健診 申込書

下伊那赤十字病院 健診センター TEL 0265-36-7071 ・ FAX 0265-36-7091

健診者の方の受診、及び お支払いがスムーズに出来ますよう、以下の情報を事前にFAXいただくようお願いいたします。

※確認事項 該当のお支払い方法に○して下さい。なお、振込み手数料は貴社ご負担となります。

貴社名 _____
 郵便番号 〒 _____
 ご住所 _____

 電話番号 _____
 FAX番号 _____
 保険記号 _____
 ご担当者 _____ 様

- | | |
|------------------------|-------------|
| ① 一般健診料の支払い方法 | 会社請求 ・ 個人払い |
| ② 付加健診・乳がん・子宮がん検診について | 会社請求 ・ 個人払い |
| ③ オプション検査について | 会社請求 ・ 個人払い |
| ④ 胃カメラ検査差額 3,300円 について | 会社請求 ・ 個人払い |

* 付加健診、乳がん・子宮頸部がん検診は、対象年齢の方のみ受診できます。

(補助対象者は全国健康保険協会へご確認ください)

* ご希望日に添える場合は、予約日を記入の上、返信いたします。ご希望日に添えない場合は、当院の可能日を記入し、返信いたします。改めてご検討いただき、再度FAXをお願いいたします。

受診者様名簿 ※ 正しい保険証番号を必ずご記入ください。社会保険協会との資格確認に必要です。
 ※ 社会保険協会からの名簿をFAXして頂いても結構です。なお、ご住所・お電話番号は 初受診 又は 変更ありの方のみ で結構です。

保険証 番号	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	受診者住所(郵便番号から)	電話番号	一般健診に追加は○ 該当年齢あり			胃検査希望に○ して下さい。	希望日	予約日
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		
						付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	カメラ・バリウム・なし		