貴社名：

ご担当者様：

ご連絡先tel：　　fax:

※当院から予約確定のご連絡をさせていただきます

4～2月：1日～25日まで実施
3月：1日～15日まで実施

★健診コースの詳細はこちら

FAX：086-737-3021

◆胃部X線検査から内視鏡への変更は、備考欄に記入をお願いします。差額料金¥4,400（税込）内視鏡は午前のみ実施

◆乳がん・子宮がんの補助対象外の方は備考欄に記入をお願いします。（マンモグラフィー・乳房超音波のご希望も）

◆自費での付加健診実施希望、けんぽドックへの変更のご希望も備考欄に記入をお願いします。

					保険証				全国健康保険協会　補助項目 ※対象年齢をご確認ください 令和5年度中（4月2日～令和6年4月1日）時点での年齢				健診コース	受診希望日（申込日より3週間以降）			備　考
	名前	フリガナ	性別	生年月日（和暦）	保険者番号（8ケタ）	記号	番号	保険者（本人・扶養）	一般健診（35～74歳）	※付加健診（40・50歳）	※乳がんﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ（40～74歳偶数年齢）	※子宮がん（20～74歳偶数年齢）	・35歳未満 ・健保未加入者 ★コース①～⑥を記入	第1希望	第2希望	第3希望	◆胃部検査：胃カメラに変更 ◆自費で子宮がん・乳がん(ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ・乳房超音波）希望 ◆自費で付加健診希望 ◆けんぽドック希望
例	大福　福子	オオフク フクコ	女	S48.11.1	01330018	2812020	8	本人	●	●	●	●		4/17 （月）	4/18 （火）	4/19 （水）	胃カメラに変更希望 けんぽドック希望
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	