

令和____年度

協会けんぽ

生活習慣病予防健診申込書 **任意継続**

浅間総合病院 健康管理係

直通FAX 0267-67-3320

団体登録番号 517

自宅住所 〒

電話番号

FAX番号

希望する健診を○で囲んでください。 一般健診と併せて希望する場合は○で囲んでください。 **対象年齢に注意**
(単独では受けられません) (年度年齢)

保険者番号 01200013		記号 50000020		35~74歳 補助利用			20~38歳			40歳~70歳		40歳~74歳		36歳~74歳		健診		健診日		備考			
保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	加入者	人間ドック	胃検診の種類 ※必須	偶数年齢	5年毎	偶数年齢	偶数年齢	希望月	希望月	希望月	希望月	希望月	希望月	希望月	※病院記入欄	令和 年	月	日		
		男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診	半日 ドック	1. 胃カメラ 2. バリウム 3. 受けない	子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診													
診察券番号																							

- ①健診のお知らせ(案内)の郵送先は…個人宅へ郵送します。
- ②結果の郵送先は…個人宅へ郵送します。
- ③健診料金のお支払い…当日のお支払をお願いします。
- ④当日追加された検査項目については、当日支払いとさせていただきます。(任意の肝炎ウィルス検査も当日支払いとなります)
- ⑤当日のキャンセルは、キャンセル料を頂きます。当日自己都合でキャンセルした検査は減額いたしません。
- ⑥ご不明な点等は直接お問い合わせください。

TEL 0267-67-6477 (直通) 平日 14時~16時受付