

全国健康保険協会管掌 健康保険【協会けんぽ】
生活習慣病予防健診申込書 (No.1)

西崎病院 健康管理センター
 電話 (098) 992 - 0089
 FAX (098) 992 - 5995

問診票等ご案内の送付先：	会社	・	本人自宅	保険者番号(8桁)を記入してください	ご チ エ ッ ク お 願 い し ま さ い
健診結果の送付先：	会社	・	本人自宅		
会社控え(コピー)：	要	・	不要	被保険者記号を記入してください	
健診費用のお支払い方法：	後日会社請求	・	当日窓口支払		
追加検査が発生した場合：	後日会社請求	・	当日窓口支払		
※後日会社請求の場合：	ドック健診差額費用	後日会社請求	・	当日窓口支払	
	付加健診健診差額費用	後日会社請求	・	当日窓口支払	
	乳がん・子宮がん検診費用	後日会社請求	・	当日窓口支払	
	オプション検査	後日会社請求	・	当日窓口支払	

会社名称：

振込名義(会社名称と異なる場合)

会社所在地：

電話番号：

FAX番号：

担当者名：

【記入例】

1枚に2名様分、記入できます。

フリガナ 氏名	セイ 姓	メイ 名	男・女 様	ご本人様に確認や注意事項をお伝えする 場合がございます。記入をお願いいたしま す。							
住	希望コースを選択し、○で囲んでください。			保険証 番号	連絡先						
【希望コース】 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診											
【第一希望日】		【第二希望日】		【第三希望日】							
令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
【胃部検査】* 胃カメラ希望の方は、お薬確認までご記入ください				【カメラ経口希望の方のみ】							
<input type="checkbox"/> カメラ(経鼻・経口) 歯科の麻酔(キシロカイン)での気分不良 有・無 血液サラサラにする薬 有・無				鎮静剤： <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない * 鎮静剤を使用する場合、 一日車の運転ができないことが条件となります。							
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃部検査なし				胃カメラ経口希望の方のみ 記入お願いいたします。 ※当日、車の運転はできません。							
確定日 令和 年 月 日 確認事項											
フリガナ 氏名	男・女 様	生年月日	昭和 平成	年	月	日					
住	希望の胃部検査を選択してください。 胃カメラ検査の方は経口か経鼻をお選びください。 ※胃カメラ(経口・経鼻)には部分麻酔を使用いたします。			保険証 番号	連絡先						
【希望コース】 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診											
【第一希望日】		【第二希望日】		【第三希望日】							
令和	年	月	日	令和	年	月	日				
※ ご予約確定のご連絡 ※ 日程が決まりましたら、当院がこちらに記入しご返信いたします。 2~3日かかる場合もございますが、ご理解の程よろしくお願いたします。											
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃部検査				希望オプション記入欄							
確定日 令和 年 月 日 確認事項											