生活習慣病予防健診予約申込書

事業所　〒　　-
所在地

事業所
名称　　様

担当者名
電話番号　（　　）
FAX番号　（　　）

左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）は記入してください。
所在地　〒

支店名
（営業所名

担当者名
電話番号　（　　）
FAX番号　（　　）

JA長野厚生連　北信総合病院
健康管理センター
FAX：０２６９－２３－５２７３

保険者番号	健康保険証の記号

＊ **保険者番号・記号・番号、氏名、生年月日、希望される健診内容、希望日等**、ご記入いただきFAXにてお申込みください。

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	単独で受診できます（いずれかを○で囲んで下さい）		一般健診と併せて受診できます（希望される場合は○で囲んで下さい）			健診希望日	胃検診（いずれかを○で囲んで下さい）	備考
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	
		男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	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	令和　年　月　日	胃検診：バリウム 胃カメラ（経口・経鼻） なし	

＜記入上の注意＞

1. 一般健診を受診される方のうち、**健診の受診年度において40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になられる方**で、付加健診を希望される場合は　『一般健診』 と 『付加健診』 をそれぞれ○で囲んでください。
2. 胃カメラを希望される方は、別途 4,400円かかります。
3. 乳がん（マンモグラフィ）・子宮頸がん検診は偶数年齢者のみが補助対象になります。（乳房超音波検査は補助対象にはなりませんのでご注意下さい。）