

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・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。

＊ 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。											保 険 者 番 号		健康保険証の記号		
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 4,730円(税込)がかかります。
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。)