全国健康保険協会生活習慣病予防健診申込書(東船橋病院専用)

年度年齢

年度年齢

生年月日

男昭平

女

保険証番号 フリガナ

歳

日

月

送信先FAX 047-496-6360

胃の検査キャンセル

ご希望に〇

胃バリウム

胃カメラ(経口・経鼻)

胃の検査キャンセル

決定

備考

【注意事項】※必ずお読みください!! (被扶養者の方はこの用紙ではお申込できません直接センターへお電話にてご予約ください)

- ◆必要事項・第3希望日までをご記入の上、FAXにてお送りください。保険者番号・保険証記号・番号が未記入の場合は協会けんぽ補助が受けられません。
- ◆年度年齢とは、4月から次の年の3月までの間の年齢になります。対象の検査・金額等については、協会けんぽのホームページ等でご確認ください。
- ◆予約確定後にFAXの返送にて決定日をご報告致します。FAXをお持ちでない(FAX番号未記入)の場合は、折り返しのお電話にてご連絡致します。

1	マチョウにためによりののととは「このたけらこれは次ののケットのとのからしない、「の出り下記ののの場合はであった。」														ノ		
M	1 +>±+1±+1=	•	□全額窓口支払 □							€社請求あり(下記にチェック)							
必須	く お支払方法に く ☑をお願いしま ◆ 尚、☑の無し	す	「 ※一旦、立て替えてご目分で会社へ]全額会社請求(窓口負担なし)]一般健診のみ会社請求]一般健診と一部会社請求 ■ → プ承下さい。				□胃内視鏡(カメラ)検査差額料 □付加健診(□対象者のみ □全員) □婦人科健診(□対象者のみ □全員) □その他(
事業所情	フリガナ 名称 住所 〒			34705 9	<u> </u>	<u> </u>	43(C		ご担当者			様		類送付先が別の場 書類のみ [湯合の記入材 □事前書業		
報	保険者番号				保険証記	.号							お名前				様
※胃のバリウム検査は【1年以内に手術等がある方・便秘症の方・70歳以上の方】は実施ができない為、必ず事前確認をしてください!!																	
保険証番	「・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	男女	生年月日 昭•平	年 月		一般健診	子宮が ん 検診 (単独)	付加健診 □対象 □対象外		子宮がん □対象 □対象外	希望①	希望②	希望③	ご希望に〇 胃バリウム 胃カメラ(経口・経鼻)	決定 /	備考	
保険証番	科号 フリガナ	男女	年度年 生年月日 昭・平 年度年	年 月	<u>歳</u> 引 日 歳	一般健診	子宮が ん 検診 (単独)	(自費) 付加健診 □対象 □対象外 (自費)	(自費) マンモグラ フィー □対象 □対象外 (自費)	(自費) 子宮がん □対象 □対象外 (自費)	希望①	希望②	希望③	胃の検査キャンセル ご希望に〇 胃ハ・リウム 胃カメラ(経口・経鼻) 胃の検査キャンセル	· 決定 / ()	備考	
保険証番	5号 フリガナ	男女	生年月日 昭•平 年度年	年 月		一般健診	子宮が ん検診 (単独)	付加健診 □対象 □対象外 (自費)	マンモグラ フィー □対象 □対象外 (自費)	子宮がん □対象 □対象外 (自費)	希望①	希望②	希望③	ご希望に〇 胃パリウム 胃カメラ(経口・経鼻) 胃の検査キャンセル	決定 / ()	備考	
保険証番	5号 フリガナ	男女	生年月日昭・平	年 月		一般健診	子宮が ん検診 (単独)	付加健診 □対象 □対象外	マンモグラ フィー □対象 □対象外	子宮がん □対象 □対象外	希望① /	希望②	希望③	ご希望に〇 胃パリウム 胃カメラ(経口・経鼻)	決定 /	備考	

(自費)

付加健診

□対象外

(自費)

□対象

子宮が

ん検診

(単独)

一般

健診

(自費)

マンモグラ

フィー

口対象

□対象外

(自費)

(自費)

子宮がん

□対象

□対象外

(自費)

希望① 希望② 希望③