FAX 026-266-8488 ←送信前に確認を!電話番号の間違いが多く、先方にご迷惑がかかっています!

生活習慣病予防健診申込書

令和

健康保険 本人(被保険者) 00111 資格確認書 6和 6年12月2日交付 2 記号 12345678 番号 1 (投票) 00	一	
兵名	貴社名	
性別 男 貴格取得年月日 令和 6年12月 2日 有効期限 令和 11年11月30日	が名前/ ご担当者様名	
保険者番号 [9:9]9:9[9:9]9] 保険者名称 全国健康保険協会 (人)支部	電話番号/ 個人は携帯電話	
保険者所在地 〇〇市〇〇町9-99-99	FAX番号	

① ① 健康保 保	R険被保険者証の 験者番号			600.1	保険者所在地 〇〇市〇〇町9	-99-99	COLUMN TO SERVICE STATE OF THE PERSON SERVICE STATE SERVICE STATE STATE SERVICE STATE STATE STATE SERVICE STATE STATE STATE SERVICE STATE STAT	AX番号					
② 健康保険被保険者 証の記号	③ 健康保険証の番号	フ リ 氏	ガ ナ 名	一性別	生年月日 (和暦入力) 例:S42/4/4	健診種類	健調	 多希望月		自己負 (どちらかに() い	りしてくださ	胃検査	鎮静剤
						一般健診	令和]	^+++ <i> </i>	+ + ++++	経口	あり
						付加健診(5歳毎)	年	月~	月	会社支払い	本人文払い	バリウム	なし
受診する方のご住所					連絡先(電話番号)		•						
						一般健診	令和)	^+I +/		経口	あり
						付加健診(5歳毎)	年	月~	月	会社支払い	本人文払い	バリウム	なし
受診する方のご住所		1		<u> </u>	連絡先(電話番号)								
						一般健診	令和 年	月~	月	会社支払い	± 1 ±+/	経口	あり
						付加健診(5歳毎)		д∼	H	云社又拉()	本人又拉()	バリウム	なし
受診する方のご住所					連絡先(電話番号)								
						一般健診	令和	0	0	<u> </u>	+ + + + + + + + + + + + + + + + + + + +	経口	あり
						付加健診(5歳毎)	年	月~	月	会社支払い	本人又拉()	バリウム	なし
受診する方のご住所				1	連絡先(電話番号)		•						
						一般健診	令和]	<u> </u>		経口	あり
						付加健診(5歳毎)	年	月~	月	会社支払い	本人支払い	バリウム	なし
受診する方のご住所		1		-1	連絡先(電話番号)		1						

※胃の検査は経口内視鏡検査、バリウム検査よりお選びいただけます。(経鼻内視鏡は原則ありません。希望の方はご相談ください)

※胃力メラへの変更は2,200円(税込)、鎮静剤ご希望の場合は3,300円(税込)の別料金がかかります。

例:経口胃カメラで鎮静剤を使用した場合の追加料金は5,500円(税込)となります。

※鎮静剤を使用した場合、判断能力が低下します。自動車の運転はできません。午後の勤務もなるべく控えてください。

※自己負担金はご本人の窓口払いとなりますので、ご容赦ください。

枠が足らない場合はコピーしてお使い下さい

複数枚ある場合はページ数ご記入をお願いいたします。