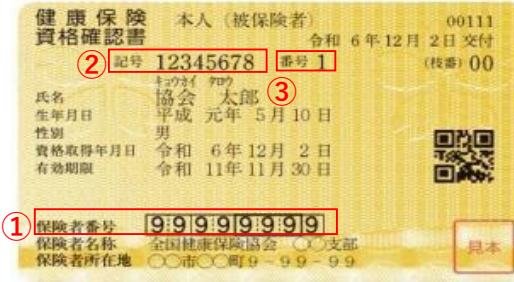


生活習慣病予防健診申込書

令和 年 月 日



〒 貴社住所 _____

貴社名 _____

お名前/
ご担当者様名 _____

電話番号/
個人は携帯電話 _____

FAX番号 _____

① 健康保険被保険者証の 保険者番号		フリガナ 氏 名		性別	生年月日 (和暦入力) 例：S42/4/4	健診種類	健診希望月	自己負担額 (どちらかに○してください)		胃検査	鎮静剤
健康保険被保険者 証の記号	健康保険証の番号					一般健診 付加健診 (5歳毎)	令和 年 月 ~ 月	会社支払い	本人支払い	経口	あり
										バリウム	なし
受診する方のご住所				連絡先 (電話番号)							
										経口	あり
										バリウム	なし
受診する方のご住所				連絡先 (電話番号)							
										経口	あり
										バリウム	なし
受診する方のご住所				連絡先 (電話番号)							
										経口	あり
										バリウム	なし
受診する方のご住所				連絡先 (電話番号)							

枠が足り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。

※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)

※胃カメラへの変更は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。