

健康診断申込用紙

| | | | |
|------|-------|-------|-------|
| ご記入日 | 年 月 日 | 受診希望日 | 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | | |
| フリガナ | | | 性別 |
| 氏名 | | | 男・女 |
| TEL | | FAX | |
| Mail | @ | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |

西暦でのご記入をお願いいたします。

各健康保険組合の健康診断をご利用される方は下記の項目もご記入ください。

※協会けんぽご加入の方は健診日当日、ご本人は保険証、被扶養者の方は保険証と受診券を必ずご持参ください。

※ご希望される健康保険組合が対象かどうかは担当者にお問い合わせください。

| | |
|---------|---------------------------------------|
| 保険者区分 | 本人 ・ 被扶養者 |
| 健康保険組合名 | 協会けんぽ ・ その他() |
| 保険者番号 | |
| 事業所記号 | 記号 |
| 被保険者番号 | 番号 |
| 被扶養者番号 | 本人 00 ・ 被扶養者 () |

※健康保険組合または保険者区分によって受診できる項目が異なります。

○お申込内容をご確認させていただき、ご記入いただきましたご住所へ受診票、問診表、検査キット、注意事項等を健診日の1週間前までにお送りさせていただきます。

○お申込みいただいた後にキャンセルされる場合は、担当者までご連絡をお願いいたします。

健診日に近くなってからのキャンセルに関しましてはキャンセル料が発生いたしますのでご了承ください。

1週間前まで : 申込項目料金の50% 前日・当日 : 申込料金の100%

その際、健康保険組合等の補助金を受けることはできませんので、全額自費負担となります。

お申込項目

| 受診希望項目に ○印を 入れて下さい。 | 日付 | 会場名・住所 | 実施時間 |
|---------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| | 月 日() | 御堂会館 4階 Aホール 大阪市中央区久太郎町4-1-11 | 10:00～15:00 |
| | 一般健康診断 | | ¥7,150 |
| | 協会けんぽ生活習慣病健診 (協会けんぽご加入の35歳以上の方が対象です) | | 自己負担額 ¥5,280 (協会けんぽ補助額¥13,583) |
| | 各種健康保険組合健康診断 (詳しくはご確認ください) | | 詳しくはご確認ください |
| | 協会けんぽ特定健康診査(受信券が必要です) | | 自己負担額なし |
| | 胃バリウム検査 | | ¥7,500 |
| | 眼底検査(右眼) | | ¥880 |
| | 腹部超音波検査 (肝臓、腎臓、脾臓、胆のう 5臓器) | | ¥4,400 |
| | 大腸がん免疫便潜血検査2日法 | | ¥1,650 |
| | 乳房マンモグラフィ検査 | | ¥5,500 |
| | 乳腺超音波検査 | | ¥4,620 |
| | 各種マーカー検査・オプション血液検査 項目 1・2・3・4・5・その他() | | お問い合わせください。 |
| | | | |

(すべて税込金額です)

送付先

〒596-0077

大阪府岸和田市上町36番10号

医療法人メディフロントミズノクリニック

えらべる健診 担当者 宛

個人情報を含んでいる資料になるため、郵便局の「レターパックライト」をご利用いただくと追跡サービスが利用できるので安心してご郵送いただけるかと存じます。

ご不明な点等ございましたら何でもご連絡ください。（TEL：072-436-2055）