

# 協会けんぽ生活習慣病予防健診 F A X 申込書

事業所名： \_\_\_\_\_  
 ご担当者様氏名： \_\_\_\_\_  
 ご住所： 〒 \_\_\_\_\_  
 TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

〒734-0023  
 広島市南区東雲本町1-1-2  
 医療法人社団 古川医院  
 TEL：082-281-7889  
 FAX：082-286-0100

受診歴	当院を受診されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある（健診） <input type="checkbox"/> ある（保険診療） <input type="checkbox"/> なし		
フリガナ		性別	男性 ・ 女性
お名前		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳）
住所	〒 _____		
電話番号	( ) _____	事業所記号	
保険者番号		被保険者番号	

<b>検査コース</b>	<input type="checkbox"/> 一般健診（受診者負担額：5,500円） ↓ ★胃の検査方法★（必ず選択してください） （ <input type="checkbox"/> 胃透視（バリウム） <input type="checkbox"/> 胃カメラ（鎮静剤使用の希望 あり：なし） 鎮静剤120円） ※胃カメラをご希望の場合は、 <b>3,300円が別途必要です。</b> 鎮痛剤使用の場合、車・バイクの運転当日不可 ※胃カメラで組織を採取した場合は、保険適用となります <input type="checkbox"/> 当日払い <input type="checkbox"/> 後日請求 （医師の判断で病変があった場合組織採取あり 3割負担の場合4,000～8,000円 同意書あり）
	<input type="checkbox"/> 若年層健診（受診者負担額：2,500円） ※胃・大腸健診はありません ※20歳・25歳・30歳の方（年度末で）
	<input type="checkbox"/> 節目健診（受診者負担額：2,780円） ※場所は当院と高山眼科になります ※40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方（年度末で）
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（受診者負担額：50歳以上980円、40～48歳1,700円）偶数年齢 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（受診者負担額：990円） ※場所は当院ではなく原対協になります（月水金13:00～14:50） 当院から送りのみ可能です（12時半当院出発） <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	<input type="checkbox"/> その他オプション（ _____ ） ※予約後にオプションを希望される方は、健診日の前月20日までにご連絡下さい

案内送付先	<input type="checkbox"/> 事業所住所 <input type="checkbox"/> 受診者様のご自宅住所		
結果の送付先 ※どちらか一つに チェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 事業所住所 <input type="checkbox"/> 受診者様のご自宅住所 <span style="float: right;">※結果は事務処理上、翌月中旬の 発送となります事ご了承下さい</span> （事業所控え用のコピー 要 ・ 不要 ）		
受診者負担額の請求書	一般健診・胃透視（5,500円） 胃カメラ変更（3,300円）鎮静剤使用の場合別途追加あり 若年層健診（2,500円） 節目健診（2,780円） 乳がん、子宮頸がん検診 その他オプション 保険請求分（処方箋代、紹介状代、組織代等）	<input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 当日支払い	<input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求
〈 通信欄 〉 その他に連絡事項があればご記入ください			

受診希望日を、第三希望までお知らせ下さい（希望日の指定がない場合は、希望月・希望曜日のみご記入下さい）

<b>希望日</b>	年 月 日 ( )
	年 月 日 ( )
	年 月 日 ( )

・木曜日(午後)、土曜日(午後)、  
 日曜日、祝日は休診です

FAX返送先：082-286-0100

※来院時間は8:00となります