

協会けんぽ生活習慣病予防健診 FAX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	

検査 コー ース	<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、 3,300円が別途必要です 。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。保険適用分: <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)一般健診対象者 偶数年齢 ※単独健診は不可 ※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"/> 骨粗しょう症検査 (受診者負担額：430円)偶数年齢 40歳以上 ※女性の方のみ	
	<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 (事業所控え用のコピー 要・不要)		※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
受診者負担額の請求書	一般健診・胃透視(5,500円) <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 胃カメラ変更(3,300円)鎮静剤使用の場合別途追加あり <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 若年層健診 (2,500円) <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 節目健診 (2,780円) <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 乳がん、子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 骨粗しょう症検査(430円) <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 その他オプション <input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 後日事業者様請求 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"/> 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)

希望 日	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