

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： 〒 _____

FAX： _____ TEL： _____

〒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？ ☐ ある（健診） ☐ ある（保険診療） ☐ 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 _____		

検査コース	☐ 一般健診（受診者負担額：5,282円） ↓ ★胃の検査方法★（必ず選択してください） ☐ 胃透視（バリウム） ☐ 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 ☐ 当日払い ☐ 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）
	☐ 付加健診（受診者負担額：2,689円） ※眼底検査は高山眼科に当日行って頂きます ※40歳・50歳の方（年度末で）
	☐ 乳がん検診（受診者負担額：50歳以上1,013円、40～48歳1,574円） ☐ 子宮頸がん検診（受診者負担額：970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） ☐ 希望する ☐ 希望しない
	☐ 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	☐ 事業所住所 ☐ 受診者様のご自宅住所		
結果の送付先	☐ 事業所住所 ☐ 受診者様のご自宅住所 （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(5,282円) 胃カメラ変更(3,300円)鎮静剤使用の場合別途追加あり 付加健診(2,689円) 乳がん、子宮頸がん検診 その他オプション 保険請求分	☐ 当日支払い ☐ 当日支払い ☐ 当日支払い ☐ 当日支払い ☐ 当日支払い ☐ 当日支払い	☐ 後日事業者様請求 ☐ 後日事業者様請求 ☐ 後日事業者様請求 ☐ 後日事業者様請求 ☐ 後日事業者様請求 ☐ 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