

# 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？ <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	

当院記入欄	予約	確認	連絡	資格	登録	送付	入力	結果	※
-------	----	----	----	----	----	----	----	----	---

検査コース	<input type="checkbox"/> 一般健診（受診者負担額：7,169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"/> 付加健診（受診者負担額：4,802円） ※場所は当院と高山眼科になります。 ※40歳・50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1,086円、40～48歳1,686円） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（受診者負担額：1,039円） ※場所は当院ではなく原対協になります（月水金13時～）。 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	<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 ）
受診者負担額の請求書	<input type="checkbox"/> 全額事業者様（オプション、保険診療分も含む）（後日請求） <input type="checkbox"/> 事業者様（一部受診者様の窓口支払いあり）（後日請求+当日支払い） <input type="checkbox"/> 全額受診者様（当日支払い）

〈 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**