

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	<p><input type="checkbox"/> 一般健診（受診者負担額：7,169円）</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>★胃の検査方法（必ず選択してください）</p> <p> <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。 <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） </p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 付加検診（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）</p> <hr/> <p> <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 </p> <hr/> <p> <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。 </p>
--------------	---

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	()

・日曜日、祝日は休診です。

FAX返送先：082-286-0100