

R2年度

光生病院

協会けんぽ生活習慣病予防健診申込書

(事業所所在地) 〒 -

(事業所名称)

担当者名：
 電話番号：
 FAX番号：

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号

健康保険証の 番 号	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください		一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			第1希望	第2希望	第3希望	胃部検査方法
				一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診				
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ □・□(鎮静剤)・鼻

<記入上の注意>

- 健康診断実施曜日は月・火・木・金の午前中です。
- 胃部検査の希望検査方法に○を記入して下さい。胃カメラをご希望の方は、カメラ検査方法も○をして下さい。
- 胃カメラをご希望の場合、追加料金がかかる場合があります。
- 胃カメラで口(鎮静剤)をご希望の場合、当日車等の運転は控えていただきます。

光生病院 健診課
 電話番号:086-222-6806
 FAX :086-225-9506