

令和2年度 生活習慣病予防健診申込書

★ご記入漏れの無いようお願いします

◇今年度内お一人様1回、協会けんぽから一部の健診費用の補助があります。

(事業所名称)

◇この申込書【郵送・FAX・Mail】で当クリニックへお申込みいただけます。

令和2年 月 日
しもむら内視鏡クリニック行

郵送先 815-0033 福岡市南区大橋1-9-16
レント福岡ビル4階しもむら内視鏡クリニック
ファクス 092-554-5856
電話 092-554-5855
メール yoyaku@shimomura-clinic.jp

Form with fields for 担当者名, 電話番号, FAX番号

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は記入してください。

所在地 〒 -

支店名 (営業所名)

担当者名

電話番号

FAX番号

Main table with columns for insurance number, name, sex, birth date, health check type, date, and clinic name.

※「健診の第一希望日」その他、確認事項がありますので、診療時間内で折り返しご連絡を差し上げます(携帯番号のご記入をご協力下さい)

＜記入上の注意＞

- (1) 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
(2) 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んでください。
(3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
(4) 子宮頸がん検診(細胞診)乳がん検診(乳房X線・マンモグラフィ)眼底検査は委託先にて受けていただきますので、詳細を当院よりご案内致します。オプション不可。
(5) 当クリニックでは、胃カメラ検査のみの為、胃部X線・バリウム検査との差額料金無しで受けていただけます。

(注)本年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

(注)この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

