

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いたします

◇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
 レンテ福岡ビル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 voyaku@shimomura-clinic.jp

〒 -

所在地 〒 -

支店名 (営業所名)

担当者名

電話番号

F A X 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

★保険者番号	★記号

ご年齢	★番号	フリガナ		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			健診の第1・2希望日	健診機関名(健診機関コード)					携帯番号				
		氏名	姓			名	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 / or / 年		4	0	1	1	2		1	4	4	8
				男・女	昭・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 / or / 年	4	0	1	1	2	1	4	4	8	5
				男・女	昭・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 / or / 年	4	0	1	1	2	1	4	4	8	5
				男・女	昭・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 / or / 年	4	0	1	1	2	1	4	4	8	5
				男・女	昭・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 / or / 年	4	0	1	1	2	1	4	4	8	5
				男・女	昭・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 / or / 年	4	0	1	1	2	1	4	4	8	5
				男・女	昭・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 / or / 年	4	0	1	1	2	1	4	4	8	5
				男・女	昭・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 / or / 年	4	0	1	1	2	1	4	4	8	5

※「健診の希望日」その他、確認事項がある場合は診療時間内で折り返しご連絡を申し上げます(携帯番号のご記入をご協力下さい)

＜記入上の注意＞

- 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。また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んでください。
- 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。
- 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。
- 子宮頸がん検診(細胞診のみ)乳がん検診(乳房X線・マンモグラフィのみ)眼底検査は、委託先の詳細を当院よりご案内致します。その他のオプション検査不可。
- 当クリニックは(内視鏡専門クリニックの為)胃カメラのみ。胃部X線・バリウム検査との差額無しで7,000円です。*鎮静剤料金込み
 (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ない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。

