



FAX 055-993-8833

**裾野市商工会
21334**

**生活習慣病予防健診
申込書**

1 新規申込	フリガナ	TEL() -
2 会社名、住所等変更	事業所名	FAX() -
3 変更なし (住所はご記入下さい)	住所 〒 -	携帯電話(日中連絡の取れる電話番号) - -

ご希望のコースに○をお願いします。

協会けんぽ補助希望者 保険番号 区分	受診者氏名 フリガナ	性別	生年月日 (西暦表記)	コース			オプション検査(ご希望に○をご記入ください)											受診希望日		
				Aコース お勤め(男性)	Bコース お勤め(女性)	Cコース 基本	☆腹部 超音波	☆腫瘍 マーカー	☆肝炎 ウイルス	☆前立 腺癌	☆HPV	眼圧	ABC 健診	BNP	ロックス インデックス 検査	アレルギー 検査	甲状腺 機能検査	胃部	第1希望	第2希望
		男・女		A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	なし	/	/
		男・女		A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	なし	/	/
		男・女		A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	なし	/	/
		男・女		A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	なし	/	/
		男・女		A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	なし	/	/
合計 名				◎6名以上申込みされる場合はお手数ですがコピーの上ご記入下さい ◎☆印はAコース、Bコースにふくまれます																

◎協会けんぽ(社会保険)加入者のみご記入下さい。
保険記号(保険証氏名上の7ケタ、又は8ケタの番号です)

保険者番号

記号

- ◎協会けんぽ補助を利用される方は別紙と裏面をご確認下さい
- ◎胃部レントゲンを受診されない方は胃部の欄に○を付けて下さい
(協会けんぽ補助ご利用の方は原則として胃部レントゲン検査は省略出来ません)
- ◎書類送付先について(上記と送付先が異なる場合のみ下記ご記入下さい)

◎受診券ご利用頂く方のみご記入下さい

受診券整理番号 氏名

宛名 ☎

〒 住所

◎裏面もご確認下さい

◎生活習慣病予防健診申込みについて

- お申込みは、F A Xにてお願いします。(お申込み順に受付時間を決めさせていただきます)
- 健診時間をご指定の受付時間より1時間半前後です。
- 健診日の7日から10日前位に受診要領をお届けさせていただきます。
- 健診料金は当日現金支払い、又は後日振込でお願いします。(健診終了後に請求書をお送りいたします)
※東海診療所にて受診された場合はすべて後日請求となります。

◎協会けんぽ加入者 (対象者は全国健康保険協会発行の保険証をお持ちの35歳～74歳です)

健診料金補助をご利用の方は申込書に保険者番号・記号・番号を記入して下さい。

◎受診券による補助をご希望の方(対象者は全国健康保険協会発行の保険証をお持ちの40歳～74歳の扶養の方)です。

今年度の受診券整理番号を申込書に記入して下さい。

◎胃レントゲン検査を受けられる皆様へ

- 胃部エックス線検査(受診該当者のみ)

検査前日の午後10時以降は食事、飲み物(酒、コーヒー、お茶類)ガム、タバコ等を一切お摂りにならないで下さい。(水は検査2時間前までに200cc以内でしたら差支えありません)。

お薬を服用されている方(心臓病、高血圧等)は、受診される2時間前までに200cc以内の水で服用して下さい。ただし、糖尿病薬(内服、インシュリン注射)は服用しないで下さい。

- バリウム検査によるムセや誤嚥をしやすい方、副作用等危険性の高い75歳以上の方も受診出来ません。

(施設健診ではないので応急処置の対応に限界があるため)

検査につきまして疑問、質問等がありましたら担当スタッフにお尋ねください。