

◎新長堀診療所／健康診断申込書◎

FAX又は郵送で、『新長堀診療所』までお送りください。

| | | |
|----------|---|--|
| (事業所所在地) | | ※ 連絡先を左記と別に希望される場合 (支店・営業所・自宅等)は、下記に 連絡先を記入して下さい |
| (事業所名称) | | |
| (お電話番号) | (FAX番号) | (ご担当者様) |
| (お支払方法) | <input type="checkbox"/> 後日請求書ご送付 (<input type="checkbox"/> すべての費用をご請求 <input type="checkbox"/> 一部の費用をご請求) <input type="checkbox"/> 全額当日お支払 ご請求の範囲 ⇒ コース料金【 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部 】 / オプション料金【 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 当日お支払】 | |

**35歳～74歳
被保険者様用**

健康保険証の記号
(8桁、または7桁の番号です)

↓↓番号をご記入ください ★この名簿は、今年度35歳～75歳になられる方を掲載しております。75歳以上の方・扶養者の方は、お手数ですがご記入をお願いします。

| 健康保険証の番号 | (フリガナ) 氏名 | 性別 | 生年月日 | 今年度末年齢 | ご希望の受診コース (○をつけてください) | | | 受診を希望される日時 | | | | 備考 ・乳がん・子宮がん ・オプション検査等 | 前回の受診内容 受診日／コース | |
|----------|-----------|-----|------|--------|--------------------------|------------|-------|------------|----|------|----|------------------------------|--------------------|--|
| | | | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 第一希望 | 時間 | 第二希望 | 時間 | | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |
| () | | 男/女 | | | 一般健診 | 40・50歳付加健診 | 差額ドック | 月 | 日 | | 月 | 日 | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|-------------------------------|--|------|------|------|----------------------|-------|-------|--|
| 協会健保の補助を受られる対象年齢 | | | 受付時間 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 新長堀診療所 〒542-0082 大阪市中央区島之内1-11-18 電話：06-6251-0501 FAX：06-6252-8076 |
| ・付加健診 | 40歳・50歳 | 『一般健診』に『腹部超音波・肺機能・眼底検査等』を追加して受診いただける受診コースです。40歳・50歳以外の方は『差額ドック』でお申込ください。 | | 8:30 | 9:00 | 9:30 | 10:00 | 10:30 | |
| ・乳房X線検査 | 40歳以上偶数年齢 (実施日時) 午前：月・水・金 | 乳がん子宮がん検査をご希望の方は、備考欄にご記入をお願いします。 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ※○ | |
| ・子宮がん検査 | 20歳以上偶数年齢 (実施日時) 午前：月・水・金 | | | ⑧ | ⑨ | ※土曜日の受付時間は10:00までです。 | | | |
| ・乳房超音波 | 補助対象外の検査 (実施日時) 午前：月～土 午後：月～金 | | | ○ | ○ | 【休診】 日曜・祝日・土曜午後 | | | |