

全国健康保険協会健診申込書

様

この度は、お申し込みありがとうございます。申込書に必要事項をご記入いただきまして、全国健康保険協会に提出する申込書のコピーと、健康保険証のコピーを、併せてご返送下さい。
 ◎申込書確認後、後日必要書類をご自宅にご送付致します。

健診予約日		平成	年	月	日	曜日	保険証記号番号	
受診者	フリガナ							男・女
	氏名	旧姓()						
	生年月日	T・S・H	年	月	日生	歳		
	現住所	〒						
	TEL	携帯TEL						
勤務先	フリガナ							
	会社名							
	所在地	〒						
	TEL							

★ご希望の健診に○印を記入してください。年齢は平成30年3月31日時点です。
 「健診の種類」と「受けられる方」の詳細は、「生活習慣病予防健診のご案内」をご覧ください。
 ※年齢をご確認の上、お申し込みをお願いいたします。

健診の種類	受けられる方	自己負担額	備考
一般健診	35歳 ~ 74歳の方	7,038円	
乳がん検診	一般健診と併せて受診を希望する 40歳~48歳までの偶数年齢の方	1,655円	乳がん・子宮がん 合計 2,675円
子宮がん検診		1,020円	
乳がん検診	一般健診と併せて受診を希望する 50歳~74歳までの偶数年齢の方	1,066円	乳がん・子宮がん 合計 2,086円
子宮がん検診		1,020円	
子宮がん検診	20歳~38歳の偶数年齢の方	1,020円	
肝炎ウィルス検査	35歳以上・GPT36以上の方	612円	
付加健診	40歳・50歳の方のみ	4,714円	
	合計	円	

◆お支払い方法

当日ご本人様窓口にてお支払い

勤務先へご請求

病院使用欄

ID No.

予約番号

/

/

問診票発送日 (/)



医療法人社団 飯野病院
 〒182-0024 調布市布田4-3-2
 電話番号 042-483-8811



予約FAX : 042-481-5550