貴社名：

ご担当者様：

ご連絡先tel：　　fax:

※当院から予約確定のご連絡をさせていただきます

4～2月：1日～25日まで実施
3月：1日～15日まで実施

◆胃部X線検査から内視鏡への変更は、備考欄に記入をお願いします。差額料金¥5,500（税込）内視鏡は午前のみ実施

◆乳がん・子宮がんの補助対象外の方は備考欄に記入をお願いします。（マンモグラフィー・乳房超音波のご希望も）

◆自費での付加健診実施希望、けんぽドックへの変更のご希望も備考欄に記入をお願いします。

★健診コースの詳細はこちら

					保険証				全国健康保険協会　補助項目 ※対象年齢をご確認ください 令和6年度中（4月2日～令和7年4月1日）時点での年齢				健診コース	受診希望日 （申込日より3週間以降）			備　　考 ◆胃部検査：胃カメラに変更 ◆自費で子宮がん・乳がん(ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ・乳房超音波）希望 ◆自費で付加健診希望	けんぽドックへ変更希望の方		
	名前	フリガナ	性別	生年月日（和暦）	保険者番号　（8ケタ）	記号	番号	保険者（本人・扶養）	一般健診 （35～74歳）	※付加健診 （40・45・50・55・60・65・70歳）	※乳がん ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ （40～74歳偶数年齢）	※子宮がん （20～74歳偶数年齢）	・35歳未満 ・健保未加入者 ★コース①～⑥を記入	第1希望	第2希望	第3希望		けんぽドックへ変更希望	セットオプション ＶＩＰ Ａ Ｂ Ｃ	食事アレルギーがある方は記入
例	大福　福子	オオフク　フクコ	女	S48.11.1	01330018	2812020	8	本人	●	●	●	●		4/17（水）	4/18（木）	4/19（金）	胃カメラに変更希望 自費で付加健診希望	●	ＶＩＰ	エビ
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				