FAX番号 0152－72－3595 健診担当 登内 行

別紙2

美幌町立国民健康保険病院　全国健康保険協会管掌生活習慣病予防健診 専用申込依頼書　令和5年度

こちらの専用申込用紙に必要事項をご記入していただき、FAXにてお申込下さい。

※事業所様への結果表の送付について（オプション検査も含みます。）

必要 ・ 不要 ← いずれかに〇をしてください。

＊「必要」の場合は、受診者ご本人の了承を得て下さい。

申込事業所名称	
申込事業所住所	〒
TEL / FAX	/
ご担当者	

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号

※ 必ず、保険者証の記号・番号を必ず記載のうえお申し込み下さい。

請求先（お支払方法）（希望する方に〇をして下さい）	・事業所 （ 振込 ・ 窓口 ） ・ご本人 （受診当日、窓口にてお支払い願います）

健康保険証の番号	受診希望者氏名	氏名フリガナ	性別	生年月日	健診予約希望日	胃検査（希望する方に〇をして下さい）	健診の種類	オプション検査（希望する検査に〇 又はご記入下さい）
				S・H 年 月 日	年 月 日	カメラ(経口・経鼻)	一般健診	骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ピロリ菌抗体
						バリウム	付加健診	腫瘍マーカー（PSA検査） ・ その他（ ）
				S・H 年 月 日	年 月 日	カメラ(経口・経鼻)	一般健診	骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ピロリ菌抗体
						バリウム	付加健診	腫瘍マーカー（PSA検査） ・ その他（ ）
				S・H 年 月 日	年 月 日	カメラ(経口・経鼻)	一般健診	骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ピロリ菌抗体
						バリウム	付加健診	腫瘍マーカー（PSA検査） ・ その他（ ）
				S・H 年 月 日	年 月 日	カメラ(経口・経鼻)	一般健診	骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ピロリ菌抗体
						バリウム	付加健診	腫瘍マーカー（PSA検査） ・ その他（ ）
				S・H 年 月 日	年 月 日	カメラ(経口・経鼻)	一般健診	骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ピロリ菌抗体
						バリウム	付加健診	腫瘍マーカー（PSA検査） ・ その他（ ）

※生活習慣病予防健診対象者かどうかの確認をお願いいたします。

※お申込順で予約日をいれていきますので希望日に添えない場合もありますので予めご了承下さい。

※FAXを頂きましたら折り返し、ご連絡させて頂きます。

◎ピロリ菌抗体検査を希望される方で、抗体の有無をすでに調べられている方は必要ありません。ご了承下さい。