

## 美幌町立国民健康保険病院 健康診断申込書(協会けんぽ加入者以外、35歳未満) 令和8年度

こちらの専用申込用紙に必要事項をご記入いただき、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** ← どちらかに○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	

請求先(お支払方法) (希望する方に○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)
-------------------------------	---

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	健診コース 希望する方に○をして下さい	オプション検査 希望する検査に○ 又はご記入下さい
			S・H 年 月 日	年 月 日	人間ドックA ・ 人間ドックB ・ 人間ドックC 事業主健診A ・ 事業主健診B	人間ドック選択の方は胃検査(カメラ(経口)・カメラ(経鼻)・バリウム) 骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ ピロリ菌抗体 ・ 腫瘍マーカー( )
			S・H 年 月 日	年 月 日	人間ドックA ・ 人間ドックB ・ 人間ドックC 事業主健診A ・ 事業主健診B	人間ドック選択の方は胃検査(カメラ(経口)・カメラ(経鼻)・バリウム) 骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ ピロリ菌抗体 ・ 腫瘍マーカー( )
			S・H 年 月 日	年 月 日	人間ドックA ・ 人間ドックB ・ 人間ドックC 事業主健診A ・ 事業主健診B	人間ドック選択の方は胃検査(カメラ(経口)・カメラ(経鼻)・バリウム) 骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ ピロリ菌抗体 ・ 腫瘍マーカー( )
			S・H 年 月 日	年 月 日	人間ドックA ・ 人間ドックB ・ 人間ドックC 事業主健診A ・ 事業主健診B	人間ドック選択の方は胃検査(カメラ(経口)・カメラ(経鼻)・バリウム) 骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ ピロリ菌抗体 ・ 腫瘍マーカー( )
			S・H 年 月 日	年 月 日	人間ドックA ・ 人間ドックB ・ 人間ドックC 事業主健診A ・ 事業主健診B	人間ドック選択の方は胃検査(カメラ(経口)・カメラ(経鼻)・バリウム) 骨密度測定 ・ 血圧脈波検査 ・ ピロリ菌抗体 ・ 腫瘍マーカー( )

※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、ご連絡させていただきます。

◎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。