

受付年月日

このページを印刷してご利用ください。FAX0568-76-5902

健診申込書

--	--	--	--	--	--	--	--

健診日の2週間前までに必ずご提出下さい。
下記空欄の項目にご記入下さい。

フリガナ 氏名	姓	名	性別
			男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号(自宅) (携帯)	() ()	種別	被保険者 被扶養者
保険証 記号・番号	(記号)	(保険者名称)	
	(番号)	(保険者番号)	

人間ドック等 ※希望されるドック・健診項目を○で囲んでください。

<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック Aコース 36,000円 ・人間ドック Bコース 24,000円 〈オプション検査〉 <ul style="list-style-type: none"> 脳健診 30,000円 (人間ドック Aコース実施時のみ) 乳がん 7,000円 (マンモ・超音波) 子宮がん 3,000円 卵巣がん 5,000円 骨粗鬆症 4,000円 動脈硬化 8,000円 早期肺がん(火・金のみ) 15,000円 (胸部X線が重複するとき 13,000円) 	特殊健診
	<ul style="list-style-type: none"> ・脳ドック A 55,000円 ・脳ドック B 36,000円 ・大腸がん 15,000円 ・動脈硬化ドック 14,000円 〈オプション検査〉 <ul style="list-style-type: none"> ・前立腺がん検査 (PSA(前立腺特異抗原)検査) 1,440円 (単独検査の場合 2,500円) ・胃がんリスクABC検診 (胃X線受診者のみ) 2,500円
希望健診日	平成 年 月 日 ()