

医師国保健康診断項目受診申込書

医療機関名：

住所：_____ 電話番号：_____

精算方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当日窓口支払い ・ 全額医院請求 ・ オプションのみ当日窓口払い（コース料金は医院請求）
-------------	--

※いずれかに○をつけてください

※貴院直接請求の場合、振込手数料は貴院のご負担となりますのでご了承願います。

	(フリガナ) 受診者氏名	性別	生年月日	加入 保険証 種別	受診日	オプション検査項目													
						胸部X線	胃内視鏡	腹部 超音波	頭部MR	乳がん検査				子宮頸がん	消化器腫瘍マーカー	前立腺腫瘍マーカー	心機能	骨密度	
										マンモグラフィ (2方向)	マンモ・エコー セット	トシセンス	乳腺超音波		(CEA・AFP・CA19-9)	(PSA)	(BNP)	(DEXA)	
医師 本人	シガ タロウ 滋賀 太郎	男・女	S〇.〇.〇	/	10/25	○		○	○						○	○			
"		男・女		/															
医師 家族	シガ ハナコ 滋賀 花子	男・女	S〇.〇.〇	/	10/25		○												
"		男・女		/															
"		男・女		/															
従業員	サイセイ イチコ 済生 一子	男・女	S〇.〇.〇	・医師国保 ・それ以外	10/26	○							○						
"	クサツ シロウ 草津 二郎	男・女	S〇.〇.〇	・医師国保 ・それ以外	10/27		○	○								○			
"	リットウ イチヨ 栗東 一代	男・女	S〇.〇.〇	・医師国保 ・それ以外	10/25		○	○		○市									○
"		男・女		・医師国保 ・それ以外															
"		男・女		・医師国保 ・それ以外															
"		男・女		・医師国保 ・それ以外															
"		男・女		・医師国保 ・それ以外															

市検診を併せて希望の場合は「市」などご記入いただき、直接病院へご連絡をお願いします

記入例

申込締め切り日 令和5年9月15日(金) 済生会滋賀県病院 健診センター FAX 077-552-5736

※受診日(10/25・10/26・10/27)を必ずご記入ください。
 ※受診者氏名の『フリガナ』・保険証種別は必ずご記入ください。(ご本人様確認の為、医院様に済生会病院から連絡が入る場合があります。その際は、ご対応の程よろしく申し上げます。)
 ※オプション検査は希望される項目に『○』印をお願いします。市検診を併用ご希望の場合は、確認事項がございます。希望者ご本人より済生会滋賀県病院へ直接連絡をお願いします。
 ※この様式でのお申込みをもって各医院様へ健診結果控えを送付することに同意していただいたものといたします。