

健康診断申込書（日本鋼管福山病院用）

下表にご記入の上、FAXをお願いします（FAX：084-945-9123）

10日以内に当院よりお電話いたします。

※不明の場合は記入不要

事業所名称	
事業所所在地 〒	-
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

お支払い方法 全額会社請求（振込） 一般分のみ会社請求 当日本人払い
 その他（ ）

保険者番号		記号	
-------	--	----	--

左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）は記入してください。

所在地 〒 -

支店名 _____

担当者 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

【協会けんぽ 補助対象者】

節目健診・・・40・45・50・55・60・65・70歳の方
 乳がん・骨粗鬆症検診・・・40～74歳の偶数年齢の女性の方
 子宮がん検診・・・20～74歳の偶数年齢の女性の方
 喀痰細胞診・・・50歳以上かつ喫煙指数が600以上の方

上記以外は対象外となり自費となります（金額はホームページをご参照ください）

※カルテID	保険証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類に○してください							健診希望日		備考欄
					一般 若年	一般健診 胃レントゲン 胃カメラ	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	骨粗 鬆症	喀痰 喫煙指数【 】	第1希望	第2希望	
			男 女	昭和 平成	一般 若年	一般健診 胃レントゲン 胃カメラ	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	骨粗 鬆症	喀痰 喫煙指数【 】			
			男 女	昭和 平成	一般 若年	一般健診 胃レントゲン 胃カメラ	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	骨粗 鬆症	喀痰 喫煙指数【 】			
			男 女	昭和 平成	一般 若年	一般健診 胃レントゲン 胃カメラ	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	骨粗 鬆症	喀痰 喫煙指数【 】			
			男 女	昭和 平成	一般 若年	一般健診 胃レントゲン 胃カメラ	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	骨粗 鬆症	喀痰 喫煙指数【 】			
			男 女	昭和 平成	一般 若年	一般健診 胃レントゲン 胃カメラ	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	骨粗 鬆症	喀痰 喫煙指数【 】			

* 喫煙指数とは一日の本数×年数