協会けんぽ生活習慣病予防健診　FAX申込書

（本申込書の内容が網羅されていれば、他の様式の申込書を使用されても構いません）

医療法人社団 明樟会
あおぞら健診・内科クリニック
〒730-0029　広島県広島市中区三川町1-20
ピンクリボン３９ビル7、8Ｆ
TEL：（082）246-1005
FAX：（082）247-3180

事業所名：

ご担当者氏名：

ご住所：

FAX：　　TEL：

※当クリニックは、**女性を対象に**健診をお受けしております　男性は男性健診デーをご利用ください
※当クリニックからの連絡先、請求・案内・結果の送付先がすべて事業所宛の場合は、住所と電話番号の記入は不要です

受診歴	当クリニックを受診されたことがありますか？　□ある(健診)　□ある(保険診療)　□ない						
ﾌﾘｶﾞﾅ		ｸﾘﾆｯｸ記入欄	性別	男性　・　女性			
お名前			生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所	〒						
電話番号		クリニック記入欄	登録	ﾁｪｯｸ	送付	K	

検査コース

□　一般健診（受診者負担額：7,038円）

◆胃がん検診の検査方法◆

□　胃透視(バリウム)　　□　胃カメラ(経口)※　　□　胃カメラ(経鼻)※

（鎮静剤使用の希望　あり・なし　）

※胃カメラ（経口・経鼻）をご希望の場合は、**3,240円が別途必要です**

□　付加健診（受診者負担額：4,714円）

□　乳がん検診（受診者負担額：50歳以上1,066円、40～48歳1,655円）

□　子宮頸がん検診（受診者負担額：1,020円）

※広島女性クリニック（ピンクリボン３９ビル４F）にて実施します **※男性医師です**

□　その他（　　）

案内の送付先	□　事業所住所　　□　受診者様のご自宅住所
結果の送付先	□　事業所住所　　□　受診者様のご自宅住所 （事業所控用の結果コピー 要 ・ 不要 ）
受診者負担額の請求先	□　全額事業主様 □　事業主様 □　全額受診者様（当日窓口でお支払い）　（　　）

＜通信欄＞その他に連絡事項があればご記入ください

受診希望日を、第三希望までお知らせください（ 希望日の指定がない場合は、希望月・希望曜日のみご記入ください ）

受診希望日	第一希望	月　日　（　）
	第二希望	月　日　（　）
	第三希望	月　日　（　）

来院時刻についてご希望があればご記入ください

・子宮がん検診は木曜日不可です
・日曜日、祝日は休診です

FAX返送先：082-247-3180

FAX送信後3日以内に連絡がない場合は、恐れ入りますがお電話にてお問合せください　☎（082）246-1005