

【協会けんぽ申込み用】

健康診断ご担当者様

社会医療法人誠光会 南草津健診センター

健診機関コード：2510601970

TEL：077-599-1530 / 0120-154-712

FAX：077-565-0955

(マスタNo.

) ※

第3希望日までご記入下さい。但し、ご予約は最大6ヵ月先までとなります。予約日が確定次第折り返しFAXさせていただきます。尚、確定した予約日の変更はご遠慮いただきますようお願い致します。

健康保険証の保険者番号		健康保険者証の記号		※太枠内の記入をお願い致します※							
企業名（ふりがな）		担当者	所属企業住所						TEL	FAX	
			〒								
会社用結果表： 要 ・ 不要		支払方法： ① 窓口支払（個人名領収書・企業名領収書） ② 月末請求（10名様以上～）※申込内容全て請求									
 ※事業所の担当者様宛てに送付致します。尚、健診結果を事業所に提供する事について事前に受診者様本人の同意を得ているものとし、報告させていただきます※											
フリガナ 氏 名	性別	生年月日	保険証 番号	希望コース・胃部検査・オプションに○をつけて下さい。			第1希望日	第2希望日	第3希望日	予約日時 ※当院記入欄	
				コース	胃部検査	女性用オプション					
	男・女	T・S・H		一般・節目・若年・ドック※4※5	不要 バリウム 胃カメラ※2※3	乳がん※1 子宮がん 骨粗鬆症				:	
希望オプション番号(別紙参照):											
	男・女	T・S・H		一般・節目・若年・ドック※4※5	不要 バリウム 胃カメラ※2※3	乳がん※1 子宮がん 骨粗鬆症				:	
希望オプション番号(別紙参照):											
	男・女	T・S・H		一般・節目・若年・ドック※4※5	不要 バリウム 胃カメラ※2※3	乳がん※1 子宮がん 骨粗鬆症				:	
希望オプション番号(別紙参照):											
	男・女	T・S・H		一般・節目・若年・ドック※4※5	不要 バリウム 胃カメラ※2※3	乳がん※1 子宮がん 骨粗鬆症				:	
希望オプション番号(別紙参照):											
	男・女	T・S・H		一般・節目・若年・ドック※4※5	不要 バリウム 胃カメラ※2※3	乳がん※1 子宮がん 骨粗鬆症				:	
希望オプション番号(別紙参照):											

- ・ 一般（35歳以上74歳の方）
- ・ 節目（40、45、50、55、60、65、70歳の方）
- ・ 若年健診（20、25、30歳の方）
- ★ 受付時間は仮の時間を記入しております。確定時間は事前書類にてご確認下さい。
- ・ 乳がん（40歳以上の偶数年齢女性の方）
- ・ 子宮頸がん（20歳以上の偶数年齢女性の方）
- ・ 骨粗鬆症（40歳以上の偶数年齢女性の方）
- ドックをご選択の場合は協会補助の乳がん子宮がん・骨粗鬆症検査は全て自費です。

- ※1協会けんぽ補助で乳がん検診受診の場合は視触診が付けられません。
- ※2胃カメラは淡海医療センターで実施となります。（専用送迎車で移動）
- ※3胃カメラはプラス4,000円
- ※4ドックを受診の方は胃部検査を含め基本項目は全て必須となります。
- ※5ドックを受診の方は検査結果により保健指導の対象となります。

【定期・生活・PET用】 健康診断ご担当者様

送信枚数 枚

《 予 約 一 覧 》

2週間先以降の日程で第3希望日までご記入下さい。但し、ご予約は6ヵ月先までとなります。

予約日が確定次第折り返しFAXさせていただきます。

尚、確定した予約日の変更はご遠慮いただきますようお願い致します。

社会医療法人誠光会 南草津健診センター

TEL : 077-599-1530 / 0120-154-712

FAX : 077-565-0955

(マスタNo)

健康保険証の保険者番号		健康保険者証の記号		※太枠内の記入をお願い致します※	
企業名（ふりがな）	住所		TEL	FAX	
	〒				
会社用結果表		要 ・ 不要	支払方法	①窓口払い（個人名領収書 ・ 企業名領収書） ②月末請求（10名様以上）	

※事業所の担当者様宛てに送付致します。尚、健診結果を事業所に提供する事について事前に受診者様本人の同意を得ているものとし、報告させていただきます※

(注) 定期健康診断A・Bは午後からの健診コースです。胃部検査は付けていただけません。

(注) 健康保険証の情報は必ずご記入お願いいたします。

※氏名・生年月日の記入間違いにご注意下さい！

フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証 番号	受診コース	胃部検査(○をして下さい)	オプション検査	第1希望日	第2希望日	第3希望日	予約日時 ※当院記入欄
	男・女	T・S・H			希望しない 胃バリウム 胃カメラ					
	男・女	T・S・H			希望しない 胃バリウム 胃カメラ					
	男・女	T・S・H			希望しない 胃バリウム 胃カメラ					
	男・女	T・S・H			希望しない 胃バリウム 胃カメラ					
	男・女	T・S・H			希望しない 胃バリウム 胃カメラ					
	男・女	T・S・H			希望しない 胃バリウム 胃カメラ					
	男・女	T・S・H			希望しない 胃バリウム 胃カメラ					

※事前書類は受診日の1週間前までに上記記載の所属企業住所に送付いたします。ご自宅へ送付希望の場合は自宅住所を空きスペースに記入してください