

【個人予約用】

施設健診 御申込用紙

【健診予約日時】 _____ 月 _____ 日 () _____ : _____

予約内容が確認出来ない場合は、日時のご案内が出来かねます。ご不明な場合は、事前にお電話でご確認下さい。

会社 コード		個人 コード	
カナ氏名 :	様	男	女
漢字氏名 :			
生年月日 : 西曆	年	月	日
健康保険組合 :	支部 :		
保険者番号 :			
記号 :	番号 :	本家 :	本人・家族

自宅住所 :	〒 _____
電話番号 :	FAX 番号 :
携帯電話 :	
その他住所 :	〒 _____
電話番号 :	FAX 番号 :

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

検査内容	健診料金	自己負担	健保負担
合計金額		* 送料 ¥520	

<p>確認欄 *市国保・建設国保等、保険証に有効期限がある場合は期限内であるか確認して下さい。</p>	
過去受診歴 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	() 年 月 日)
特定健診受診券 : *有効期限	年 月 日 *自己負担率 基本 ¥(%)
保険証有効期限 : *有効期限	年 月 日
事前送付物 : *送付先 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 送付不要
結果引取 : <input type="checkbox"/> 健診棟引取 <input type="checkbox"/> 外来引取	<input type="checkbox"/> 郵送
結果処理 : <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 至急 *雇入時のみチック	<input type="checkbox"/> 指定項目なし(安衛法第43条 同内容)
* 指定診断書 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (B内容) ¥ 5,500 <input type="checkbox"/> あり (A内容) ¥ 3,300	
建 国 在 籍 確 認 : <input type="checkbox"/> 済み (支部名 : _____ TEL: _____)	
市が心事前確認 : <input type="checkbox"/> 治療 経過観察、自覚症状なし (胃・大腸・肺・乳・前立腺)	
* ()内の申込部位に〇印	
<input type="checkbox"/> 1~2か月の郵送可/有所見時引取可 (肺・乳) <input type="checkbox"/> ペーヌメーカー装着なし (乳)	
<input type="checkbox"/> 授乳中、断乳後6か月以内でない (乳) <input type="checkbox"/> 豊胸手術歴なし (乳)	
<input type="checkbox"/> 前年度~本日受診歴なし (乳) <input type="checkbox"/> 過去~本日受診歴なし (肝炎)	
受付日 :	担当者 :

上記個人情報につきましては、健康診断の実施以外の目的には利用いたしません。
FAX送信先 : 045-847-5800

医療法人社団成澤会 清水橋クリニック 〒234-0053横浜市港南区日野中央1-19-4
TEL.045-847-5533