

【個人予約用】

# 施設健診 御申込用紙

【健診予約日時】 月 日 ( ) :

団体 コード		団体名			
カナ氏名 :		個人 コード			
漢字氏名 :	様	男	女		
生年月日 :	西暦	年	月	日	歳
保険者番号 :		支部 :			
健康保険組合 :					
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 :	
		<支店名>	
電話番号 :		FAX番号 :	

検査内容	健診料金	自己負担	健保負担
合計金額			

メモ欄 \* 請求書送付先が勤務先以外(本社宛等)の場合は、メモ欄へ送付先を記入

CL通信欄 \* 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。

過去受診歴 : なし 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 ( 自宅 勤務先 その他 ) 送付不要

結果引取 : 郵送 外来引取 健診棟引取 \* 帳票 ( F A C I + )  
\*送付先 ( 自宅 勤務先 その他 ) (\*送料 あり ¥520)

結果処理 : 至急 (\*指定診断書 あり (B内容) ¥5,500 あり (A内容) ¥3,300)

支払条件 : 窓口 請求 請求/窓口(婦人科・付加・OP)

請求書 : \*送付先 ( 勤務先 その他 )

市がん事前確認 : 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○印

前年度～本日受診歴なし (胃・乳) ペースメーカー装着なし (乳)

1～2か月の郵送可/有所見時引取可 (肺・乳) 豊胸手術歴なし (乳)

授乳中、断乳後6か月以内でない (乳) 過去～本日受診歴なし (肝炎)

2021視触診廃止 (乳)

同意書 : 未 取得済

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。

受付日 :	担当者 :
-------	-------

## 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