

協会けんぽ 生活習慣病予防健診 申込書

団体 No.

予約受日 年 月 日

FAX あり / なし

会社名	
住所	(変更なし)
電話番号	(変更なし)
FAX番号	
担当者	

問診票送付先	自宅(変更なし) / 会社
お支払方法	窓口支払い / 会社請求
自宅住所	〒 (変更なし)
連絡先 () -	(変更なし)

【備考欄】

保険者番号		保険証の記号			
保険証番号	氏名	生年月日	コース		受診日
	男・女	ID: S・H 年 月 日	一般・付加・差額・A・B・C・ドック 胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし	月 日	
		【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・体内脂肪測定 ・腫瘍マーカー(PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・脳健診	・乳がんエコー(自費) ・肺CT検査 ・HbA1c ・便検査		・眼底検査 ・眼圧検査 ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・乳がん(トモシンセシス) ・ABC検診
	男・女	ID: S・H 年 月 日	一般・付加・差額・A・B・C・ドック 胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし	月 日	
		【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・体内脂肪測定 ・腫瘍マーカー(PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・脳健診	・乳がんエコー(自費) ・肺CT検査 ・HbA1c ・便検査		・眼底検査 ・眼圧検査 ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・乳がん(トモシンセシス) ・ABC検診
	男・女	ID: S・H 年 月 日	一般・付加・差額・A・B・C・ドック 胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし	月 日	
		【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・体内脂肪測定 ・腫瘍マーカー(PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・脳健診	・乳がんエコー(自費) ・肺CT検査 ・HbA1c ・便検査		・眼底検査 ・眼圧検査 ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・乳がん(トモシンセシス) ・ABC検診
	男・女	ID: S・H 年 月 日	一般・付加・差額・A・B・C・ドック 胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし	月 日	
		【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・体内脂肪測定 ・腫瘍マーカー(PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・脳健診	・乳がんエコー(自費) ・肺CT検査 ・HbA1c ・便検査		・眼底検査 ・眼圧検査 ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・乳がん(トモシンセシス) ・ABC検診

※事前にお電話にてご予約ください。

※ご予約を確定するものではありません。

※オプション金額につきましては別紙をご参照ください。

東京北医療センター 健康管理センター
TEL:050-1726-3886 FAX:03-5963-3378