

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
		ID:	一般・付加・差額・A・B・C・ドック
	男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし
	希望なし	【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・乳がんエコー(自費) ・子宮がん(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・肺CT検査 ・血圧脈波検査 ・眼底検査 ・眼圧検査 ・体内脂肪測定 ・HbA1c ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・腫瘍マーカー (PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・乳がん(トモシンセシス) ・脳健診 ・脳ドック(頸動脈エコーあり) ・便検査 ・ABC検診	
		ID:	一般・付加・差額・A・B・C・ドック
	男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし
	希望なし	【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・乳がんエコー(自費) ・子宮がん(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・肺CT検査 ・血圧脈波検査 ・眼底検査 ・眼圧検査 ・体内脂肪測定 ・HbA1c ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・腫瘍マーカー (PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・乳がん(トモシンセシス) ・脳健診 ・脳ドック(頸動脈エコーあり) ・便検査 ・ABC検診	
		ID:	一般・付加・差額・A・B・C・ドック
	男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし
	希望なし	【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・乳がんエコー(自費) ・子宮がん(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・肺CT検査 ・血圧脈波検査 ・眼底検査 ・眼圧検査 ・体内脂肪測定 ・HbA1c ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・腫瘍マーカー (PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・乳がん(トモシンセシス) ・脳健診 ・脳ドック(頸動脈エコーあり) ・便検査 ・ABC検診	
		ID:	一般・付加・差額・A・B・C・ドック
	男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ(口/鼻)・バリウム・胃なし
	希望なし	【オプション】 ・乳がんMG(補助/自費) ・乳がんエコー(自費) ・子宮がん(補助/自費) ・腹部超音波検査 ・肺CT検査 ・血圧脈波検査 ・眼底検査 ・眼圧検査 ・体内脂肪測定 ・HbA1c ・HPV-RNA(子宮がん検診とセットでの受診となります) ・腫瘍マーカー (PSA CEA CA19-9 AFP CA125) ・乳がん(トモシンセシス) ・脳健診 ・脳ドック(頸動脈エコーあり) ・便検査 ・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