

記入時の注意事項

お問い合わせがある場合、平日9:00～16:30
0897-55-5121へお電話ください。

済生会西条病院
検診センター

FAX 0897-55-5241
協会けんぽ 生活習慣病

申込日
令和 年 月 日

事業所へ結果控(コピー)が必要な場合は記入してください。

事業所所在地	〒 -		連絡事項	健診	場合のみ記入ください) TEL)			
事業所名	個人の番号		支払方法⇒()当日本人支払 ()事業所へ請求書希望 (請求書の郵送先が左記住所と異なる場合のみ記入ください)	TEL)				
担当者	保険者番号		保険証の記号	結果原本()会社()受診者自宅 結果コピー⇒()会社へ送付希望 ()不要				
TEL	カガナ		性別	健診希望日				胃検査の希望○をつけてください。 その他の希望(がん検査追加等)があれば記入下さい。
FAX	氏名		生年月日	第1希望日	第2希望日	第3希望日	決定日	(胃透視・経口カメラ・経鼻カメラ)
番号	男・女	昭・平	昭和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	男・女	昭・平	昭和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	男・女	昭・平	昭和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	男・女	昭・平	昭和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	男・女	昭・平	昭和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	男・女	昭・平	昭和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		

支払い方法については必ず、選択ください。

0から始まる8桁の番号

7～8桁の番号

胃の検査を希望しない場合はその旨をご記入ください。

オプション希望などがあればご記入してください。
*オプションパンフレットを参照ください。

決定日は記入しないで下さい。
医療機関で決定しご連絡いたします。

※※保険証情報※※
必ず記入してください

氏名・カガナは正確にご記入ください。

生年月日は正確にご記入ください。

追加があれば○で囲んでください。
対象年齢でなければ補助は出ませんが、希望すれば全額自己負担にて実施できます。自費にて希望と記入ください。
補助対象年齢については協会けんぽからの冊子で確認ください。

申し込み日から1ヶ月くらいの余裕をもって、第1～第3希望日まで、健診希望日をご記入ください。