

# 健康診断申込書

兵庫県食品国民健康保険組合理事長 様

下記の通り申込みます

令和 年 月 日

保険者番号	283051						区分	続柄
被保険者番号						(枝番)	1) 事業主 2) 従業員	A) 本人 B) 家族
フリガナ						男	フリガナ	
受診者氏名						女	組合員氏名	
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	歳	前回受診	年 月	(施設名: )
住 所	(〒 - )						【日中連絡が取れる電話: 】	

ご希望の施設に (✓)を入れて下さい	バリウム	胃カメラ (口)	胃カメラ (鼻)	婦人科	人間ドック	第1希望	令和 年 月 日( )
						第2希望	令和 年 月 日( )
						第3希望	令和 年 月 日( )
丸山病院	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	希望の曜日/ 避けたい日等	
兵庫県健康財団	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	オプション	
医師会医療センター	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	各項目ごと、いずれかを選択し必ず○印をご記入ください	
予防医学協会	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	無料	前立腺腫瘍マーカー ( ) 希望する ( ) 希望しない
健康ライフプラザ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		婦人科健診 ( ) 子宮頸がん検査 ( ) マンモグラフィ ( ) 受診しない
中馬病院	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	無料	胃部検査 ( ) バリウム ( ) 胃カメラ (鼻) ( ) 胃カメラ (口) ( ) 受診しない
BRIO健診クリニック (R6年度追加)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		いずれか1種類のみ
神戸健診クリニック	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	※平成病院ご希望の方のみ選択	
姫路健診クリニック (R6年度追加)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	有料	( ) 腹部エコー ( ) 眼底・眼圧 ( ) 希望しない ※自己負担金額: 腹部エコー¥3,630 眼底・眼圧¥1,900
平成病院 ※有料オプション確認要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	有料	( ) 希望する ※自己負担金額: 施設案内をご参照下さい

1. 申込書は1名につき1枚必要です
2. 郵送又はFAXで食品国保組合へお申込み下さい (お電話では受付できません)

▷ 申込先・問合せ先 ◁

兵庫県食品国民健康保険組合

〒650-0026

神戸市中央区古湊通 1-2-18 開発センタービル7階

電話: 078-341-2193 FAX: 078-341-5552

※事務処理欄			受付印
利用券No	FAX送信	担当者	