

生活習慣病予防健診申込・受付票

公益財団法人 兵庫県予防医学協会

個人

健康ライフプラザ健診センター 業務課 宛

〒652-0897 神戸市兵庫区駅南通5丁目1-2-300号 ファックス番号 **078-652-5211**

*は必須項目

*フリガナ			
*氏名		*性別	
*生年月日	西暦・昭和・平成	年	月 日 生
*連絡先	()		

*事業所名		*保険者番号	
*保険証の記号		*保険証の番号	

*受診第1希望日	西暦・令和	年	月	日
受診第2希望日	西暦・令和	年	月	日
受診第3希望日	西暦・令和	年	月	日

*受診項目	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防一般健診	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防付加健診
・胃 部 検 査	<input type="checkbox"/> X線検査(標準) <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査(経口)	<input type="checkbox"/> 省略(受けない) <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査(経鼻)
・婦人科検診	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィー)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診
・その他の検査	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> その他検査の追加を希望 ※詳しくはお問い合わせください	

*資材送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場
	〒 —

*結果送付先	<input type="checkbox"/> 同上 ※下欄のご記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 別途指定 ※下欄にご記入ください
	〒 —

*支 払	<input type="checkbox"/> 当日支払 ※下欄のご記入は不要です。
	<input type="checkbox"/> 後日請求 ※下欄にてご請求書のお送り先をご指定ください。
	<input type="checkbox"/> 同上 (<input type="checkbox"/> 資材送付先 <input type="checkbox"/> 結果送付先) <input type="checkbox"/> 別途指定 ※下欄にご記入ください
	〒 —