

令和3年度 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

健診センター 管理課 生活習慣病予防健診受付係 宛

〒657-0846 神戸市灘区岩屋北町1-8-1 ファックス番号 **078-855-2731**

*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
	〒 —