

※仮予約後、直ちに申込書をFAXかメール送信してください。

FAX : 06-6326-7289  
 メール : dock-yoyaku@ych.or.jp  
 ※メール送信の場合は、件名を「公文予約」とし、申込書を添付ファイルで送信してください。

受診期間 : 2017年10月31日まで  
 申込締切 : 2017年 8月31日まで

淀川キリスト教病院 健康管理増進センター 御中

申込日 2017年  月  日

2017年度 家族健診(生活習慣病健診 A健診) 申込書

■受診者情報												※「06273510」ではありません																																																																																																																							
健康保険組合コード	6	3	4	2	7	健康保険証 記号・番号	記号(3桁)	1			番号(6桁)																																																																																																																								
氏名	フガナ					性別	1. 男 2. 女	生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)																																																																																																																										
住所	〒																																																																																																																																		
マンション名 部屋番号も記入																																																																																																																																			
電話	-						-						FAX	-						-																																																																																																															
■医療機関情報																																																																																																																																			
希望医療機関	コードNO.	2	7	1	1	4	0	0	2	医療機関名	淀川キリスト教病院																																																																																																																								
■仮予約情報																																																																																																																																			
受診日(予約済)						受診日時						2017年 月 日 ( )						予約受付担当者名																																																																																																																	
												予約時間 午前・午後 ( : )																																																																																																																							
■健診内容																																																																																																																																			
1. 基本健診内容												自己負担金 注2																																																																																																																							
・生活習慣病健診 A健診 ・胃部X線検査(バリウム) 注1												なし																																																																																																																							
<p>注1 胃部検査はX線検査(バリウム)のみとなります。                  胃カメラを希望される場合は、「人間ドック」(自己負担有)をお申し込みください。なお胃部検査を希望されない場合は「B健診」をお申し込みください。</p> <p>注2 ・11/1～12/28の受診となった場合、自己負担金額:12,000円                  ・12/29以降の受診となった場合、全額自己負担で補助はありません(※)                  (※)基本健診額31,104円。また婦人科検査費用も全額自己負担となります</p> <p>注3 婦人科検査の費用は全額健康保険組合が負担します。                  ただし、12/29以降受診となった場合は全額自己負担となります</p> <p>※ オプション検査について                  オプション検査はこの申込書で申し込むことはできません。                  各自お申し込みください。費用は全額自己負担となります。</p>																																																																																																																																			
<p>■希望の項目について口の中に○をつけてください。</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="12">2. 婦人科検査(自己負担金なし) 注3</td> <td colspan="12">希望</td> </tr> <tr> <td colspan="12">子宮癌</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td colspan="12">乳癌 (希望コースを選択)</td> <td colspan="12">いずれか</td> </tr> <tr> <td colspan="6">① 視触診+マンモグラフィ</td> <td colspan="6"></td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">② 視触診+超音波</td> <td colspan="6"></td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>																								2. 婦人科検査(自己負担金なし) 注3												希望												子宮癌																								乳癌 (希望コースを選択)												いずれか												① 視触診+マンモグラフィ																		② 視触診+超音波																	
2. 婦人科検査(自己負担金なし) 注3												希望																																																																																																																							
子宮癌																																																																																																																																			
乳癌 (希望コースを選択)												いずれか																																																																																																																							
① 視触診+マンモグラフィ																																																																																																																																			
② 視触診+超音波																																																																																																																																			

◇健診受診対象者は、2017年12月31日時点で満35歳以上(1983年1月1日前生)の健康保険上の被扶養者(扶養家族)で、申請日・受診日両方において被扶養者の認定を受けている方です。資格を喪失した後に受診した場合は、被保険者宛に健診費用をご請求いたします。予めご了承ください。

<個人情報の取り扱いについて>

この申込書に記載された個人情報については、健診の申込内容の確認、健診の実施、費用精算、健診結果のご送付等のために限り使用し、淀川キリスト教病院・産業医、公文健康保険組合以外の第三者への提供はいたしません。予めご理解の上お申込ください。

淀川キリスト教病院 健康管理増進センター	

受付日 受付印