

※仮予約後、直ちに申込書をFAXかメール送信してください。

公文健康保険組合／家族健診(淀川キリスト教病院)

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

申込締切日 : 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(人間ドック)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	フリガナ					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 ()					予約時間 午前・午後 (:)					予約受付担当者名			
■健診内容																							
1. 基本健診内容		自己負担金 注)1																					
人間ドック		8,000円 注)2																					
■希望の項目について口の中に○をつけてください。																							
2. 胃部検査内容(必ずどちらか選択してください)		希望																					
バリウム(胃部X線検査)		いずれか																					
胃カメラ(内視鏡検査) 注)3																							
3. 婦人科検査(自己負担金なし) 注)4		希望																					
子宮癌																							
乳癌(希望コースを選択)		① 視触診+マンモグラフィ		いずれか																			
		② 視触診+超音波																					
■健診を4月、5月に受診される方は下記オプション検査を無料で受診することができます。																							
4. 早期受診特典オプション検査(無料)		希望																					
腫瘍マーカースセット		男性用		いずれか																			
		女性用																					

注)1 自己負担金は、淀川キリスト病院健康管理増進センターの窓口でお支払いください。

注)2 ・11/1~12/28の受診となった場合、自己負担金額:25,000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44,280円。また婦人科検査費用も全額自己負担となります。

注)3 胃カメラ検査中に生体検査をおこなう場合は、保険診療になります(窓口支払:3割)。

注)4 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。乳癌検査は①②いずれかを選択してください

※ オプション検査について
 4. 5月の無料オプション検査以外はこの申込書で申し込むことはできません。病院から届く「受診のしおり」をご覧ください。費用は全額自己負担となります。

◇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