

受付年月日

平成30年高度健康診断(特別コース)

# 健診申込書

(太枠内を全て記入してください)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ 氏名	姓	名						性別 男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日	受診日において	歳		
フリガナ 自宅住所	〒 -						電話番号( ) -	
フリガナ 事業所名								
所在地	〒 -						電話番号( ) -	
職業(職種)	事業主・家族従業員・正社員・パート							
希望健診日	平成		年	月	日			

・オプション健診の費用のみ、健診センターで当日、個人で現金精算して下さい。  
 ・保険証は使えないので全額自己負担になります。また、受診枠によりご希望に添いかねる場合があります。

## オプション健診

健診名 (希望の検診に○印を)	料金	検査内容等
乳がん検診	¥7,000	X線(マンモグラフィ)・超音波検査
子宮がん健診	¥3,000	問診・子宮頸部・体部細胞診・超音波検査・診察
卵巣がん健診	¥5,000	問診・腫瘍マーカー・超音波検査・診察
胃がんリスクABC健診	¥2,500	血液検査 ※胃の画像診断が必須となります。
PSA検査 (前立腺特異抗原)	¥1,440 (※ ¥2,500)	血液検査

※PSA検査のみ受診のご希望の場合は¥2,500となります。

小牧市民病院での診療経験の有無	有・無
有と答えた方は診察券の患者No. をお書き下さい	
健診センターでの商工会議所人間ドック受診経験の有無	有(受診経験あり・2年以上継続)・無

ご加入の社会保険の種類	
全国健康保険協会	被保険者・被扶養者
国民健康保険組合(市(区)町村)	被保険者・後期高齢者

\* ご記入頂いた個人情報は、健診機関である小牧市民病院健診センター、補助金交付元である小牧市に提供するほか、小牧商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用します。

以下は記入しないでください

受付日	受付番号(必須)	受診料		領収印	受診者番号	個人データ入力	備考
/		¥18,000	¥26,000				

※枚数が足りない場合は、この用紙をコピーしてお使い下さい。

小牧商工会議所

A4に切断して提出してください