

受付年月日	2021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)																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

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										令和										年	月	日	

A4に切断して提出してください

オプション健診
 ・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、受診料によりご希望に添いかねる場合があります。

健診名 (希望の検診に○印を)	料金	検査内容等
乳がん検診	¥7,100	X線(マンモグラフィ)・超音波検査
子宮がん健診	¥5,500	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。 ※過去にピロリ菌除菌治療された方は受診対象外です。
PSA検査 (前立腺特異抗原)	¥1,440	血液検査

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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td> </tr> </table>												-								-
		-								-											
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
/		¥19000	¥28000				

※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。