健康診断申込書

被保険者(ご本人用)

令和【　】年度　生活習慣病予防健診申込書・定期健康診断A・B・雇用時

◇今年度内お1人様1回、協会けんぽから一部の健診費用の補助があります。
◇この申込書【FAX・Mail】で当クリニックへお申込みいただけます。

令和【　　】年【　　月　　日】

しもむら内視鏡クリニック行　　4011214485

郵送先 815-0033 福岡市南区大橋1-9-16
レンテ福岡ﾋﾞﾙ4階しもむら内視鏡ｸﾘﾆｯｸ

電話 092-554-5855
FAX 092-554-5856
ﾒｰﾙ yoyaku@shimomura-clinic.jp

（事業所所在地）〒　　ー

（事業所名称）

担当者名
電話番号　　FAX
mail

左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）は記入してください。

所在地 〒　　ー

支店名
（営業所名）

担当者名
電話番号　　FAX
mail

★保険者番号	★記号

←★協会けんぽの方はご記入ください。

（この欄は空欄）	★番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診を○で囲む		受診資格の有る方で、ご希望の場合は○で囲む			健診の第1・2希望日	胃カメラ・経口鎮静剤／経鼻・鎮ナシ		携帯電話番号
			男・女		協会けんぽ	A・B 雇用時	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	月　日・月　日	経口・希望	経鼻・鎮なし	
			男・女		協会けんぽ	A・B 雇用時	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	月　日・月　日	経口・希望	経鼻・鎮なし	
			男・女		協会けんぽ	A・B 雇用時	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	月　日・月　日	経口・希望	経鼻・鎮なし	
			男・女		協会けんぽ	A・B 雇用時	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	月　日・月　日	経口・希望	経鼻・鎮なし	
			男・女		協会けんぽ	A・B 雇用時	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	月　日・月　日	経口・希望	経鼻・鎮なし	

※記入漏れや確認事項がある場合は、診療時間内で折り返しご連絡を差し上げる事があります（携帯番号のご記入をご協力下さい）

ご希望のオプションなどあれば空欄に記入して下さい

〈記入上の注意〉

(1)　健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
(2)　健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んでください。
(3)　一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
(4)　子宮頸がん検診（細胞診のみ）、乳がん検診（マンモグラフィのみ）、眼底検査（眼底のみ）。その他の検査不可。婦人科検診は委託先で同日検診となります。
(5)　当クリニックでは胃部X線・バリウム検査はございません。内視鏡専門ｸﾘﾆｯｸですので胃カメラ検査のみ。鎮静剤ご使用の場合は終日お車の運転等ができません。
（注）本年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。。
（注）この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導（特定保健指導を含む）・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。