

公立八鹿病院 健康センター・人間ドック室 行
令和7年度 生活習慣病予防健診申込書

申込日 年 月 日

3

電話番号 079-662-5555(代)

FAX番号 079-662-3820(直)

● 事業所所在地 〒	● 担当者名
● 事業所名称	● 電話番号
	● FAX番号

記入上の注意

- ・生活習慣病予防健診の胃検査は、胃透視が基本検査です。(基本健診料金に含まれます。)
別途3,883円(税込)で胃カメラに変更可能ですが人数制限がございます。**※R7年度胃カメラ枠残りわずかです。(2026年3月枠のみ)**
胃部検査選択欄の胃カメラまたは胃透視のいずれかに○をつけて下さい。胃検査を希望されない方は不要とご記入下さい。
- ・一般健診を受診される方のうち、健診の年度年齢において**40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70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○で囲んでください。付加健診対象外の方が○をされても受診出来ません。
- ・子宮がん検診は、人数制限がございますのでご希望に添えない場合がございます。
- ・本年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日の前日までに健診を受診することが可能です。
- ・年度中1回に限り保険者(協会けんぽ)の費用負担が受けられます。未加入者または対象外年齢の方はこの用紙でお申込みいただけません。
- ・健診日をご指定されてもご希望に添えない場合がございます。

※当院受付日※										※当院使用欄※	
健康保険被保険者証 の保険者番号	健康保険被保険者証 の記号	性別	生年月日	住所	健康保険 の番号	健診 種別	一般健診と併せて受診する場合は ○で囲んで下さい		★必ずいずれかを 選択してください↓	受診決定日	
		男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)	1～3月上旬			※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。						
		男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)	1～3月上旬			※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。						
		男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)	1～3月上旬			※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。						
		男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)	1～3月上旬			※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。						

送付先住所: 〒667-8555 兵庫県養父市八鹿町八鹿1878-1
お問合せ受付時間 平日13:30～16:00

●4月23日～ FAXまたは郵送による申込受付中。

2枚目以降は次の用紙をお使い下さい

事業所名

No.

※当院使用欄※										
フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	住 所	健康保険 の 番 号	健診 種 別	一般健診と併せて受診する場合は ○で囲んで下さい			★必ずいずれかを 選択してください↓	受診決定日
	男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		1～3月上旬		※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。					
	男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		1～3月上旬		※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。					
	男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		1～3月上旬		※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。					
	男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		1～3月上旬		※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。					
	男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		1～3月上旬		※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。					
	男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		1～3月上旬		※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。					
	男・女	昭・平 年 月 日	〒		一般 健診	付加 健診	乳がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	子宮がん検診 ・助成対象 ・助成対象外(自費)	胃部検査選択 ・胃カメラ ・胃透視	年 月 日 ()
カルテNo.	健診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		1～3月上旬		※その他ご要望等ありましたらご記入下さい。					