## 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 月

| ● 事業所所在地<br>〒 | ● 担当者名  |
|---------------|---------|
| ● 事業所名称       | ■ 電話番号  |
|               | ● FAX番号 |

電話番号 079-662-5555(代)

記入上の注意

FAX番号 079-662-3820(直)

※当院受付日※

・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・50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〇で囲んでください。付加健診対象外の方が〇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。

健康保険被保険者計 ┃ 健康保険被保険者計 ┃・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。 の保険者番号 の記号 ・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。

|             |                             |              | .со. »д.    |                       | . , 0                              |               |            |                       | ※当院使月      | 퀴欄※        |               |   |
|-------------|-----------------------------|--------------|-------------|-----------------------|------------------------------------|---------------|------------|-----------------------|------------|------------|---------------|---|
| フリガナ<br>氏 名 | 生年月日                        | 住 所          | 健康保険<br>の番号 | 健診<br>種別              | 一般健診と併せて受診する場合は<br>〇で囲んで下さい        |               |            | ★必ずいずれかを<br>選択してください↓ | 受診決定       | 定日         |               |   |
|             |                             | 〒            |             | éл.                   | / <del>-</del>                     | 乳がん検診         | 子宮がん検診     | 胃部検査選択                |            | 年          |               |   |
|             | ・ 年 月 日<br>女 平              |              |             | │一般<br>│健診            | 付加<br>健診                           | •助成対象         | ・助 成 対 象   | ・ 胃カメラ                | i          | *          |               |   |
|             | 女。平                         |              |             |                       |                                    | ・助成対象外(自費)    | ・助成対象外(自費) | •胃透視                  | 月          | 日          |               |   |
| カルテNo.      | 健診希望月に〇を付けて<br>ください(複数選択可)  | 1~3月上旬       |             | ※その他こ                 | ご要望等あ                              | りましたらご記入下さい。  |            |                       | (          | )          |               |   |
|             | 男 昭                         | 〒            |             | ėл.                   | / <del>-</del> L +-n               | 乳がん検診         | 子宮がん検診     | 胃部検査選択                |            | 年          |               |   |
|             | ┃・┃・  年 月 日                 |              |             | 一般<br>健診              | 付加<br>健診                           | •助成対象         | •助成対象      | ・ 胃カメラ                |            | +          |               |   |
|             | 女平                          |              |             |                       |                                    | ・助成対象外(自費)    | ・助成対象外(自費) | ▪胃透視                  | 月          | 日          |               |   |
| カルテNo.      | 健診希望月に〇を付けて<br>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。 |                                    |               |            |                       | ,,         | )          |               |   |
| 7377 7 140. | _ 男 昭                       | Ŧ            |             | 4                     |                                    | 乳がん検診         | 子宮がん検診     | 胃部検査選択                | · ·        |            |               |   |
|             | ┃・┃・┃ 日                     | <b>∄</b> □ ┃ | ・  年月日      |                       | <b>一般</b> │ 付加<br>│ <b>健診</b> │ 健診 | 付加            | •助成対象      | •助成対象                 | - 胃カメラ     | i          | <del>"T</del> |   |
|             | 女 平                         |              |             |                       |                                    | 1)建設          |            | ■・助成対象                | ・助成対象外(自費) | ・助成対象外(自費) | ▪胃透視          | 月 |
|             | 健診希望月に〇を付けて                 | 1~3月上旬       | •           | ※その他ご                 | で要望等あ                              | ありましたらご記入下さい。 |            |                       |            | н          |               |   |
| カルテNo.      | ください(複数選択可)                 |              | 1           |                       |                                    |               |            |                       | (          | )          |               |   |
|             | 男昭                          | Ŧ            |             | — <del>似</del>        | 一般 付加                              | 乳がん検診         | 子宮がん検診     | 胃部検査選択                |            | 年          |               |   |
|             | ・ 年 月 日<br>女 平              |              |             | 健診                    | 健診                                 | ・助成対象         | ・助 成 対 象   | ・胃カメラ                 |            | ·          |               |   |
|             |                             |              |             |                       | ************************           | ・助成対象外(自費)    | ・助成対象外(自費) | - 胃透視                 | 月          | 日          |               |   |
| カルテNo.      | 」健診希望月に〇を付けて<br>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 平日13:30~16:00

お問合せ受付時間

●4月23日~ FAXまたは郵送による申込受付中。

|         |                              |          |                       |                       |                         |                                 |                                  |                               | ※当院倞          | ₹月欄※ |
|---------|------------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------|------|
| フリガナ 氏名 | 生年月日                         | 住 所      | 健康保険<br>の番号           | 健診<br>種別              |                         |                                 |                                  |                               | 受診決定日         |      |
|         | 男 年 月 日 女 平                  | <b>T</b> |                       | 一般健診                  | 付加<br>健診                | 乳がん検診<br>・助 成 対 象<br>・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<br>・胃カメラ<br>・胃透視       | 月             | 年日   |
| カルテNo.  | 健診希望月に〇を付けて<br>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。 |                       |                         |                                 |                                  |                               | )             |      |
|         | 男昭 年 月 日 女平                  | T        |                       | 一般健診                  | 付加<br>健診                | <b>乳がん検診</b> ・助成対象              | 子宮がん検診<br>・助 成 対 象               | 胃部検査選択<br>・胃カメラ               |               | 年    |
| カルテNo.  |                              | 1~3月上旬   |                       | ※その他ご                 | <br>ご要望等あ <sup> </sup>  | ・助成対象外(自費)<br>りましたらご記入下さい。      | ・助成対象外(自費)                       | - 胃透視                         | <b>月</b><br>( | 日 )  |
|         |                              | T        |                       | 一般健診                  | 付加<br>健診                | 乳がん検診<br>・助 成 対 象<br>・助成対象外(自費) | 子宮がん検診<br>・助 成 対 象<br>・助成対象外(自費) | 胃部検査選択<br>  ・胃カメラ<br>  ・胃透視   | _             | 年    |
| カルテNo.  | 健診希望月に〇を付けて ください(複数選択可)      | 1~3月上旬   |                       | ※その他ご                 | 「要望等あ <sup>り</sup>      | りましたらご記入下さい。                    |                                  |                               | 月(            | 日 )  |
| カルテNo.  | 男昭 年 月 日 女 平                 | Ŧ        |                       | 一般健診                  | 付加<br>健診                | 乳がん検診<br>・助 成 対 象<br>・助成対象外(自費) | 子宮がん検診<br>・助 成 対 象<br>・助成対象外(自費) | │ 胃部検査選択<br>│ ・胃カメラ<br>  ・胃透視 |               | 年    |
|         | 健診希望月に〇を付けて<br>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。 |                         |                                 |                                  |                               | 月(            | 日 )  |
|         | — 男 昭<br>• 年 月 日<br>女 平      | T        |                       | 一般健診                  | 付加<br>健診                | 乳がん検診<br>・助 成 対 象<br>・助成対象外(自費) | 子宮がん検診<br>・助 成 対 象<br>・助成対象外(自費) | 胃部検査選択<br>・胃カメラ<br>・胃透視       | 月             | 年日   |
| カルテNo.  | 健診希望月に〇を付けて<br>ください(複数選択可)   | 1~3月上旬   | •                     | ※その他ご                 | で要望等あ                   | りましたらご記入下さい。                    |                                  |                               |               | )    |
|         | 男昭 年月日女平                     | T        |                       | 一般健診                  | 付加<br>健診                | 乳がん検診<br>・助 成 対 象<br>・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<br>・胃カメラ<br>・胃透視       |               | 年    |
| カルテNo.  | 健診希望月に〇を付けて<br>  ください(複数選択可) | 1~3月上旬   |                       | ※その他ご                 | ·<br>『要望等あ <sup>』</sup> | りましたらご記入下さい。                    |                                  |                               | 月(            | 日 )  |
|         | 男昭 年 月 日 女 平                 | T        |                       | 一般健診                  | 付加<br>健診                | 乳がん検診<br>・助 成 対 象<br>・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<br>・胃カメラ<br>・胃透視       |               | 年    |
| カルテNo.  | 健診希望月に〇を付けて<br>ください(複数選択可)   | 1~3月上旬   | -1                    | ※その他ご                 | L<br>ご要望等あ <sup>l</sup> | りましたらご記入下さい。                    |                                  | LI VE NO                      | 月(            | 日 )  |