

全国健康保険協会管掌健康保険・被保険者  
**生活習慣病予防健診 予約申込書**

申込日 年 月 日

鎌田内科クリニック 健診データ担当  
 TEL : 019-636-1725  
 FAX : 019-635-2918

クリニック  
 記入欄

月 日

便検査  
 キット

郵送済  
 来院予定

担当



**【事業所情報】**

★フリガナ	
事業所名	
★事業所所在地	〒
★担当者名	
★電話番号	( )
FAX番号	( )

**【お支払い・結果受取】** ※下記を○で囲んで下さい。

支払方法	当日窓口	後日振込み
領収書宛名	本人	会社
結果受取方法	来院	郵送(¥430)
(郵送希望の場合)		
郵送先	本人	会社
郵送料	本人	会社
(変更・追加検査ある場合)		
変更・追加検査料	本人	会社

**【ご連絡事項】**

※ ★印の項目は、当健診の受診資格の有無を確認する際の必須項目です。必ずご記入下さい。

※ 胃カメラへ変更される場合、別途料金を頂きます。(経鼻：税込¥3454、経口：税込¥3487)

※ 肝炎ウイルス検査は、過去に実施したことのない方がのみが対象で、別途料金を頂きます。(税込¥582)

※ 予約日時の調整は、電話でお問い合わせください。

※ 健診結果の郵送を希望される場合、別途料金を頂きます。(レターパック代¥430)

※ 結果の完成まで、2週間程お時間を頂きます。

**【健診に関する連絡先、郵送先】**

支店名／営業所名	
所在地	〒
担当者名	
電話番号	( )

**【健康保険証情報】**

★区分	一般	任意継続				
保険者番号	※8桁の番号を記入して下さい。					
記号						

**【備考欄】**

健康保険証番号	★フリガナ 氏名	★性別	★ご本人の郵便番号	★生年月日	予約日	変更・追加検査 ※下記を行う場合のみ ○で囲んで下さい。		クリニック記入欄 結果郵送日
						胃カメラ	肝炎ウイルス検査	
①		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
②		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
③		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
④		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日
⑤		男・女	〒 -	昭和 平成 年 月 日	年 月 日 予約時間 :	胃カメラ	肝炎 ウイルス 検査	年 月 日