

【船員保険生活習慣病予防健診 予約申込書】

(35歳以上74歳まで)

鎌田内科クリニック
健診データ担当

TEL : 019-636-1725
FAX : 019-635-2918

担当者



申込日	ID	
フリガナ		
氏名	男 ・ 女	
生年月日	S ・ H	年 月 日
住所	〒	
電話番号	FAX	

(会社ご担当者様よりお申し込みの場合)

フリガナ		
会社名		
担当者名		
所在地	〒	
電話番号	FAX	

【確認事項】 (1)～(11)について、○印をご記入ください。(5)予約日時は、当院へ電話でお問い合わせ下さい。

(1)	胃カメラへ変更 (鼻 ¥3454) (口 ¥3487)	有 ・ 無	(6)	支払方法	当日窓口 ・ 後日振込み		クリニック使用欄(料金表 税込み)		
				宛名	本人 ・ 会社		船員健診	¥0	
(2)	前立腺検査 (当年度50歳以上)	有 ・ 無	(7)	※窓口支払いの場合、現金のみのお取り扱いです。 ※お振込みの場合、手数料は会社様(ご本人)負担となります。			追加検査	胃内視鏡:経鼻	¥3,454
				受取方法	1	来院		胃内視鏡:経口	¥3,487
(3)	C型肝炎抗体検査 (過去に検査していない方のみ ¥431)	有 ・ 無	2	郵送(別途 ¥430)		前立腺検査		¥926	
				レターパック代 (本人 ・ 会社)		HCV抗体検査		¥431	
(4)	B型肝炎抗原検査 (希望する方 ¥0)	有 ・ 無	扶養者の方へ ※握力、色覚、肺活量の検査については、 扶養者の方は省略されます。ご了承ください。			* 採取料、判断料は健診(¥0)に含まれます。			
						郵送料	¥430		
(5)	予約日時	日付	R 年 月 日 ()	備考欄		《健診のみ 35～74歳》 【料金】船員健診 ¥0 + 変更・追加検査分			
		時間	時 分			《扶養者 40～74歳》 ※受診券があれば受診可能。 (生活習慣病予防健診または社保C) 【料金】船員健診 ¥0 + 変更・追加検査分			
【当日持参】	☐ 船員保険証 ☐ 受診券 ☐ お薬手帳 ☐ 便キット ☐ 船員保険生活習慣病予防健診結果通知票 (複写用紙の左側に記入してお持ち下さい) ☐ 胃内視鏡検査同意書(胃カメラで予約の場合)				※結果の完成まで2週間程、 お時間を頂きます。				
	クリニック記入欄	便キット・同意書	郵送済 ・ 来院予定	特記事項等ありましたら、上記にご記入ください。					