

# 【船員保険生活習慣病予防健診予約申込書】

(20・25・30歳 および 35歳以上74歳まで)

鎌田内科クリニック  
健診センター担当

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

担当者



申込日	ID
フリガナ	男・女
氏名	
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、O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 宛名 本人 ・ 会社 ※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。	クリニック使用欄(料金表 税込み)	
				船員健診	¥0
(2) 前立腺検査 (当年度50歳以上 ¥0)	有	無	(7) 受取方法 1 来院 2 郵送(別途 ¥430) レターパック代 (本人・会社)	胃内視鏡:経鼻	¥3,454
				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	追加検査 前立腺検査 ¥0 HCV抗体検査 ¥431 HBs抗原検査 ¥0	前立腺検査	¥0
				HCV抗体検査	¥431
(4) B型肝炎抗原検査 (希望する方 ¥0)	有	無	*採取料、判断料は健診(¥0)に含まれます。 郵送料 ¥430	HBs抗原検査	¥0
(5) 予約日時	日付	R 年 月 日 ( )	※20・25・30歳の方は、胃部検査が省略されます。	《健診のみ 35~74歳》	
	時間	時 分		【料金】船員健診 ¥0 + 変更・追加検査分	
【当日持参】			《扶養者 35~74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		
<input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 船員保険生活習慣病予防健診結果通知票 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 複写用紙の左側に記入してお持ち下さい <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査同意書(胃カメラで予約の場合)			<input type="checkbox"/> 受診券 <input type="checkbox"/> 便キット <input type="checkbox"/> 郵送済 <input type="checkbox"/> 来院予定		
フリガナ・同意書			【備考欄】		
クリニック記入欄			特記事項等ありましたら、上記にご記入ください。		
			<b>※結果の完成まで2週間程、お時間を頂きます。</b>		