

健診申込書

※太線の枠内のみご記入ください。

該当する□に、☑をご記入ください。

フリガナ			男性・女性
お名前			
生年月日	昭和・平成	年 月 日	淳風会での受診
ご自宅住所	〒 -		あり・なし
お電話番号(A)	ご自宅・携帯 () -		
保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> () 国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	
保険者番号 保険証の記号 番号	保険者番号(8桁): 記号: 番号: 枝番:		
事業所名			
お電話番号(B)	() -		
ご住所	〒 -		
ご希望連絡先	<input type="checkbox"/> 個人(A) <input type="checkbox"/> 事業所(B) <input type="checkbox"/> その他()		
受診ご希望日	第一希望 / ()	第二希望 / ()	第三希望 / ()
【健診内容】 ● 淳風会オリジナル健診 ● 健保組合などの制度利用 ● その他 <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 定期健康診断 (指定項目あり・個人票あり) <input type="checkbox"/> ベーシックプラス <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 雇入時健康診断 (指定項目あり・個人票あり) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 婦人科健診 <input type="checkbox"/> その他 () () <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> その他			
【胃がん検診希望の有無】 <input type="checkbox"/> 胃部X線検査希望 <input type="checkbox"/> 胃カメラ希望 <input type="checkbox"/> 胃がん検診希望なし			
【オプション検査】			
<input type="checkbox"/> 1 肺がん検査セット	<input type="checkbox"/> 8 腹部CT検査	<input type="checkbox"/> 17 心臓検査セット	<input type="checkbox"/> 26 女性更年期検査
<input type="checkbox"/> 2 胸部CT検査	<input type="checkbox"/> 9 すい臓がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 18 LOX-index	<input type="checkbox"/> 27 エクオール検査
<input type="checkbox"/> 3 喀痰細胞診検査	<input type="checkbox"/> 10 肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 19 乳がん検査セット	<input type="checkbox"/> 28 骨密度測定検査
<input type="checkbox"/> 4 胃がんリスク検査セット	<input type="checkbox"/> 11 前立腺PSA検査	<input type="checkbox"/> 20 マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/> 29 ロコモ健診
<input type="checkbox"/> 5 ビロリ菌検査	<input type="checkbox"/> 12 頭部検査セット	<input type="checkbox"/> 21 乳腺超音波検査	<input type="checkbox"/> 30 内臓脂肪測定
<input type="checkbox"/> 6 ペプシノゲン検査	<input type="checkbox"/> 13 頭部MRI・MRA検査	<input type="checkbox"/> 22 子宮頸がん検査	<input type="checkbox"/> 31 腸内フローラ検査
<input type="checkbox"/> 7 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 14 動脈硬化検査セット	<input type="checkbox"/> 23 経膈超音波検査	<input type="checkbox"/> 32 甲状腺検査セット
	<input type="checkbox"/> 15 頸動脈超音波検査	<input type="checkbox"/> 24 HPV検査	<input type="checkbox"/> 33 甲状腺超音波検査
	<input type="checkbox"/> 16 血管年齢チェック	<input type="checkbox"/> 25 子宮卵巣MRI検査	<input type="checkbox"/> 34 甲状腺ホルモン検査

送付依頼No.	
契約	
予約入力	
チェック	
発送担当	

淳風会記入欄	請求	〒 -	窓口支払 ・ 会社請求	【備考】
	結果	〒 -	ご自宅 ・ 事業所	