

※就職面接のための健康診断や事業所健診等は、電話でお問い合わせください。(2-3331)

特定健診及びガン検診等申込書

病院 FAX 2-3500

電話 2-3331

氏名等を記入のうえ、希望する項目に○を付けて、FAXでご返送ください。

住所	氏名	保険別	電話番号	生年月日	年齢	希望日	特定健診	ガン検診				超音波検診 エコー	骨粗鬆症	肝炎検査	腫瘍マーカー	
							身体計測等 血液・尿検査 心電図・眼底	胃	肺	大腸	前立腺ガン				卵巣子宮ガン	
								カメラ (鼻か口)	バリウム	X線						便
		国保・社保・後期		昭		月 日 ()		鼻・口								
		国保・社保・後期		昭		月 日 ()		鼻・口								
		国保・社保・後期		昭		月 日 ()		鼻・口								
料 金 表							国保加入者	国保負担				2,500	国保負担		1,470	1,680
							社会保険加入者	保険者によって 異なります	2,400	700	1,300		500	600		
							後期高齢者	村負担					村負担			