

# 会 員 健 診 申 込 書 (HP用)

受付番号 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

\* 太枠の中をご記入ください。

医師国保 保険証 No.	医師国保加入 年月日	希望健診機関 に○印を付けて ください。	フリガナ		性別	生年月日	希望健診日時						申し込み 健診 コース	医師国保に加入 されている 方はご自身の 助成対象区分 を○印で囲んで ください	オープン病院・ 予防医学協会 で胃の検査を 希望される方 はいずれかを ○で囲んでく ださい	(1) 有料検査 県健康センター オープン病院 予防医学協会  (検査項目にある番号をご記入ください)	(2) 有料検査 オープン病院	(3) 有料検査 予防医学協会	負担金
			氏	名			第1希望	日 時 定	第2希望	日 時 定	第3希望	日 時 定							
(例1) 010A 000001	昭和・平成 63年12月1日	県医健康センター ○ 仙台オープン病院 ○ 予防医学協会	アハ	タロウ	男	T・S・H 34年8月14日	1月6日 (水)	AM PM	2月5日 (金)	AM PM	1月21日 (木)	AM PM	10,000円 コース	10,000 29,800	胃透視 胃カメラ	1, 9, 10			有料検査 有・無
(例2) 010A 000002	昭和(平成) 2年9月10日	県医健康センター ○ 仙台オープン病院 ○ 予防医学協会	アハ	ハコ	女	T・S・H 35年10月1日	1月6日 (水)	AM PM	1月20日 (水)	AM PM	2月16日 (火)	AM PM	29,800円 コース	10,000 29,800	胃透視 胃カメラ	6, 7	①、②、③		有料検査 有・無
(例3) ×	昭和・平成 年 月 日	県医健康センター ○ 仙台オープン病院 ○ 予防医学協会	アハ	ミドリ	女	T・S・H 6年3月1日	1月6日 (水)	AM PM	1月20日 (水)	AM PM	2月10日 (水)	AM PM	29,800円 コース	10,000 29,800	胃透視 胃カメラ	4, 5		(1)	有料検査 有・無
	昭和・平成 年 月 日	仙台オープン病院 ○ 県医健康センター ○ 予防医学協会					月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM		10,000 29,800	胃透視 胃カメラ				有料検査 有・無
	昭和・平成 年 月 日	仙台オープン病院 ○ 県医健康センター ○ 予防医学協会					月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM		10,000 29,800	胃透視 胃カメラ				有料検査 有・無
	昭和・平成 年 月 日	仙台オープン病院 ○ 県医健康センター ○ 予防医学協会					月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM		10,000 29,800	胃透視 胃カメラ				有料検査 有・無
	昭和・平成 年 月 日	仙台オープン病院 ○ 県医健康センター ○ 予防医学協会					月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM		10,000 29,800	胃透視 胃カメラ				有料検査 有・無
	昭和・平成 年 月 日	仙台オープン病院 ○ 県医健康センター ○ 予防医学協会					月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM		10,000 29,800	胃透視 胃カメラ				有料検査 有・無
	昭和・平成 年 月 日	仙台オープン病院 ○ 県医健康センター ○ 予防医学協会					月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM	月 日 ( )	AM PM		10,000 29,800	胃透視 胃カメラ				有料検査 有・無