

健診補助利用申込書

□には✓をいれてください。

所属医療機関名	送付先 <input type="checkbox"/> 所属医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅
---------	--

【お願い】経費節減のため、送付先は「所属医療機関」をご指定くださいますようお願いいたします。

<b>利用する健診</b> <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。 <small>※複数選択可 ※⑩は一般健診利用時のみ追加可</small>	<input type="checkbox"/> 人間ドック(⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 一般健診(⑥以外記入) <input type="checkbox"/> 巡回型健診(④⑥⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 健康基本検査(①②のみ記入) <input type="checkbox"/> 特定健診(①②③のみ記入) <input type="checkbox"/> 婦人科検診(⑥⑦⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 歯科健診(①②③のみ記入)	<input type="checkbox"/> 人間ドック(⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 一般健診(⑥以外記入) <input type="checkbox"/> 巡回型健診(④⑥⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 健康基本検査(①②のみ記入) <input type="checkbox"/> 特定健診(①②③のみ記入) <input type="checkbox"/> 婦人科検診(⑥⑦⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 歯科健診(①②③のみ記入)	<input type="checkbox"/> 人間ドック(⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 一般健診(⑥以外記入) <input type="checkbox"/> 巡回型健診(④⑥⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 健康基本検査(①②のみ記入) <input type="checkbox"/> 特定健診(①②③のみ記入) <input type="checkbox"/> 婦人科検診(⑥⑦⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 歯科健診(①②③のみ記入)
① 記号番号	医 - -	医 - -	医 - -
② 氏名			
③ 連絡先電話番号			
④ 健診機関名 <small>※巡回型は会場名</small>			
⑤ 受診日	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )
⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) <input type="checkbox"/> しない
⑦ 前立腺がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑧ 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない
⑨ 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑩ PET-CT検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

<b>利用する健診</b> <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。 <small>※複数選択可 ※⑩は一般健診利用時のみ追加可</small>	<input type="checkbox"/> 人間ドック(⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 一般健診(⑥以外記入) <input type="checkbox"/> 巡回型健診(④⑥⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 健康基本検査(①②のみ記入) <input type="checkbox"/> 特定健診(①②③のみ記入) <input type="checkbox"/> 婦人科検診(⑥⑦⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 歯科健診(①②③のみ記入)	<input type="checkbox"/> 人間ドック(⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 一般健診(⑥以外記入) <input type="checkbox"/> 巡回型健診(④⑥⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 健康基本検査(①②のみ記入) <input type="checkbox"/> 特定健診(①②③のみ記入) <input type="checkbox"/> 婦人科検診(⑥⑦⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 歯科健診(①②③のみ記入)	<input type="checkbox"/> 人間ドック(⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 一般健診(⑥以外記入) <input type="checkbox"/> 巡回型健診(④⑥⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 健康基本検査(①②のみ記入) <input type="checkbox"/> 特定健診(①②③のみ記入) <input type="checkbox"/> 婦人科検診(⑥⑦⑩以外記入) <input type="checkbox"/> 歯科健診(①②③のみ記入)
① 記号番号	医 - -	医 - -	医 - -
② 氏名			
③ 連絡先電話番号			
④ 健診機関名 <small>※巡回型は会場名</small>			
⑤ 受診日	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )
⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) <input type="checkbox"/> しない
⑦ 前立腺がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑧ 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない
⑨ 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑩ PET-CT検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない