

# 人間ドック 申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	大・昭・平	年	月 日(満 歳) 男・女
住所	〒 -		
電話番号	( ) -		
他の連絡先	( ) -		
人間ドックの種類	ご希望のコースに○をして下さい (税込)		
	<input type="checkbox"/>	人間ドックA (¥42,000)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	人間ドックB (¥39,700)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	人間ドックC (¥36,000)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	人間ドックD (¥33,930)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	人間ドックE(生活習慣病予防健診) (¥22,100)	<input type="checkbox"/>
オプション検査	※上記コースに加えてオプション検査を希望される場合、○をしてください。(税込)		
	女性のみ	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ) (¥5,380)
		<input type="checkbox"/>	乳がん検査(エコー) (¥3,680)
		<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 (¥3,530)
	男性のみ	<input type="checkbox"/>	PSA検査 (¥2,980)
	共通	<input type="checkbox"/>	HBs抗原、HCV抗体 (¥3,080)
		<input type="checkbox"/>	感染症検査(HBs抗原、HCV抗体、TPHA、RPR) (¥3,410)
	単独健診	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ) (¥8,220+文書料¥1,050)
		<input type="checkbox"/>	乳がん検査(エコー) (¥6,520+文書料¥1,050)
		<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 (¥6,370+文書料¥1,050)
希望日	月	日	曜日(希望がなければ空白としてください)
健康保険証の内容	協会けんぽ ・ 組合保険 ・ 共済組合 ・ 国保 ・ その他		
	保険者番号( ) 本人・家族		
	記号 ( ) 番号 ( )		
	保険者名 _____		
	事業所名 _____		
	事業所住所 _____		
電話番号( ) -			
受診歴	近江八幡市立総合医療センターを受診したことがありますか？		
	有 ・ 無		
	*有の方は診察券番号を記入ください ( ) - ( ) - ( )		

近江八幡市立総合医療センター

健診センター

直通電話 (0748)31-1206

直通FAX (0748)31-1207