

# 健診申込書（公立学校共済組合用）

※健診日が確定しましたら、必要事項をご記入の上、FAX又は郵送で送付願います。

2023.4～

フリガナ			
氏名			
生年月日	S・H	年	月 日 (満 歳) 男性 女性
住所	〒 -		
電話番号	自宅番号	携帯番号	
コース	希望する胃部検査の種類に○を付けて下さい		
	バリウム / 胃カメラ(経口普通・経口細径・経鼻) / 胃部検査なし		
	ドックと併せて希望する場合は○を付けて下さい		
	女性のみ		乳がん検査(マンモグラフィ)
			乳がん検査(超音波検査)
			子宮がん検診
	男性のみ		PSA検査
	共通		HBs抗原・HCV抗体
		感染症検査(HBs抗原・HCV抗体・TP抗体・RPR)	
		ピロリ菌抗体検査	
		脳ドック(頭部MRI・頭部MRA・頸部MRA)	
予約日	年 月 日 ( )		
受診券	有効期間	年 月 日 から 年 月 日	
	No.		
健康保険	保険者番号	記号	番号 区分
			一般組合員 被扶養配偶者
	所属先名		
	所属先住所		
	所属先電話番号		FAX
診察券番号	( )-( )-( )		
備考			

〒523-0082

滋賀県近江八幡市土田町1379番地

近江八幡市立総合医療センター(健診センター)

TEL 0748-31-1206

FAX 0748-31-1207