

下記のとおり平成24年度生活習慣病予防健診を申し込みます。

平成 年 月 日

伊那中央病院 院長 川合 博 殿

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

健康保険被保険者の「保険者」欄の 保険者番号

健康保険被保険者証の「記号」欄の 記号

健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生 年 月 日	希望する健診の種類 のいずれかを○で囲んで下さい		一般健診と併せて受診する場合は ○で囲んで下さい			健診希望日 第一希望	健診希望日 第二希望	希望する検査のいずれ かを○で囲んで下さい		備 考
				一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		男	平	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		女	昭	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		男	平	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		女	昭	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		男	平	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		女	昭	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		男	平	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		女	昭	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		男	平	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	
		女	昭	一 般 健 診	子 宮 がん 検 診 (単 独)	付 加 健 診	乳 がん 検 診	子 宮 がん 検 診			胃 部 X線	胃 カメラ	

《記入上の注意》

- 健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮がん検診のみを希望される場合は「20歳代・30歳代子宮がん検診」を○で囲んでください。  
また、健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 健診の受診年度において40歳以上の偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 健診希望日は、受診したい年月日を必ず第二希望まで記入してください。
- 被扶養者については、生活習慣病予防健診の対象外ですのでご了承ください。
- 一般健診を受診される方は、希望する胃部検査を○で囲んでください。
- 乳がん・子宮頸癌検診を希望される方は、火、水、木、金曜日となりますのでご確認の上お申込ください。  
(注) 予約状況により、ご希望の日を受診できない場合がありますのでご了承ください。

<p>《申込先・照会先》</p> <p>伊那中央病院 健診室</p> <p>TEL0265-72-3121(内線2311)</p> <p>FAX0265-78-8538</p> <p>※ 予約受付は13時～17時まで(平日)</p>
--