人間ドック申込書（新見中央病院用）

申込日	令和２年　　月　　日
保険の種類	国民健康保険　・　後期高齢者医療
被保険者番号	
住所	〒 新見市
ふりがな 氏名	
性別	男　・　女
生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日
電話番号 （よろしければ携帯番号も）	

検査項目 ＼ 医療機関など		新見中央病院				受診希望月
						第１希望
基本コース	短期ドック		➡	胃レントゲン		月
				胃カメラ	口から・鼻から	第２希望
				胃検査不要		月
追加コース	前立腺検査					第３希望
						月

①希望する検査項目の欄に○を記入してください。
※追加コースのみの申込みはできません。
②短期ドック希望者は胃レントゲン・胃カメラ（口から・鼻から）・胃検査不要のいずれかに○をつけてください。ただし、胃カメラは全額自己負担となります。
③受診希望月を第１希望から第３希望までご記入ください。