

【新見市国保】人間ドック申込書

切り離してご使用ください

国保人間ドック申込書

新見中央病院

申込日	令和6年	月	日
被保険者番号	10ケタの番号を記入⇒	岡10	
住所	〒新見市		
ふりがな氏名		性別	男・女
生年月日	昭和	年	月 日
連絡先(携帯番号)			

※希望する欄に○を記入してください
短期ドックについては、①から④のいずれかに○を記入してください。

基本コース	①短期ドック(胃レントゲン)	追加コース	前立腺検査
	②短期ドック(胃カメラ口から)		
	③短期ドック(胃カメラ鼻から)		
	④短期ドック(胃検査不要)		
受診希望月	第1希望	第2希望	第3希望
	月	月	月

(1)追加コースのみの申込みはできません。
必ず基本コースのいずれかに○を記入してください。

(2)胃カメラは全額自己負担(3,300円)です。
先着順に受け付けます。

国保人間ドック申込書

長谷川記念病院

申込日	令和6年	月	日
被保険者番号	10ケタの番号を記入⇒	岡10	
住所	〒新見市		
ふりがな氏名		性別	男・女
生年月日	昭和	年	月 日
連絡先(携帯番号)			

※希望する欄に○を記入してください

基本コース	脳ドック			
	受診希望月	第1希望	第2希望	第3希望
		月	月	月

(1)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。

国保人間ドック申込書

渡辺病院健診センター(2階)

申込日	令和6年	月	日
被保険者番号	10ケタの番号を記入⇒	岡10	
住所	〒新見市		
ふりがな氏名		性別	男・女
生年月日	昭和	年	月 日
連絡先(携帯番号)			

※希望する欄に○を記入してください
短期ドックについては、①から④のいずれかに○を記入してください。

基本コース	①短期ドック(胃レントゲン)	追加コース	脳ドック
	②短期ドック(胃カメラ口から)		乳がん検診
	③短期ドック(胃カメラ鼻から)		子宮頸がん検診
	④短期ドック(胃検査不要)		前立腺検査
受診希望月	第1希望	第2希望	第3希望
	月	月	月

【連絡事項】
(1)お連れの方と同日に受診を希望される場合は、お連れの方のお名前を下記に記入し、申込書(1人1枚必要)をまとめて申し込んでください。
お連れの方のお名前 ()

(2)都合の悪い曜日等があれば記入してください。

(3)新見市がん検診のみの申込みはできません。
(4)胃カメラは全額自己負担(3,300円)です。先着順に受け付けます。
(5)子宮頸がん検診を希望される方は、日程調整が必要になる場合があります。

国保人間ドック申込書

倉敷平成病院

申込日	令和6年	月	日
被保険者番号	10ケタの番号を記入⇒	岡10	
住所	〒新見市		
ふりがな氏名		性別	男・女
生年月日	昭和	年	月 日
連絡先(携帯番号)			

※希望する欄に○を記入してください
短期ドックについては、①から③のいずれかに○を記入してください。

基本コース	①短期ドック(胃レントゲン)	追加コース	乳がん検診		
	②短期ドック(胃カメラ)		子宮頸がん検診		
	③短期ドック(胃検査不要)		前立腺検査		
	脳ドック(脳ドックのみ) ※追加コースに○をつけなくて下さい		脳ドック		
受診希望日	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望
	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()

(1)追加コースのみの申込みはできません。必ず短期ドックに○を記入してください。
(2)基本コースが脳ドック(脳ドックのみ)の場合は、追加コースのいずれも受診することはできません。
(3)胃カメラ検査は平日のみ実施します。
鎮静剤を使用して、眠った状態での検査はお受けできません。
検査費用は全額自己負担(5,500円)です。
(4)受診希望日を5つ記入してください。決定した受診日は、ご案内書をもっての通達となります。
(5)お連れの方と同日に受診を希望される場合は連絡事項にご一緒の方のお名前を記入し、ハガキではなく封筒に申込書(1人1枚必要)と一緒にに入れて郵送してください。