

【後期高齢者】人間ドック申込書

切り離してご使用ください

後期高齢者人間ドック申込書

渡辺病院健診センター(2階)

新見中央病院

後期高齢者人間ドック申込書

申込日	令和6年	月	日
被保険者番号	8ケタの番号を記入⇒		
住所	〒 新見市		
ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	大正・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。

短期ドック	①短期ドック (胃レントゲン)	乳がん検診
	②短期ドック (胃カメラ口から)	子宮頸がん検診
	③短期ドック (胃カメラ鼻から)	前立腺検査
	④短期ドック (胃検査不要)	※脳ドックの受診を希望される方は、 下記⑥をご確認ください。
受診希望月		第1希望 月 日
		第2希望 月 日
		第3希望 月 日

【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。

(6)脳ドックの受診を希望される方は申込用紙を渡辺病院健診センター(2階)へご持参ください。郵送される場合は、郵送後に電話連絡(☎0867-72-2124)をしてください。

申込日	令和6年	月	日
被保険者番号	8ケタの番号を記入⇒		
住所	〒 新見市		
ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	大正・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。

短期ドック	①短期ドック (胃レントゲン)	新見市がん検診
	②短期ドック (胃カメラ口から)	前立腺検査
	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 月 日
		第2希望 月 日
		第3希望 月 日

【連絡事項】

(1)前立腺検査をご希望の場合は、新見市がん検診として受診可能です。ただし、必ず後期高齢者人間ドックのいずれかに○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。