

生活習慣病予防健診（自費分）申込書

この申込書は協会けんぽ健診補助対象外の方々に対しまして、

自費分として直接当センターにて受付しております。

ご希望の検査に○をつけてFAXをお願いします。

【健診料金】		【オプション料金】	
一般健診	¥18,500	乳がん検診 (視触診+マンモグラフィ)	¥5,400
付加健診	¥33,730	乳がん検診 (視触診+乳腺超音波)	¥4,960
		乳がん検診 (視触診+乳腺超音波+マンモグラフィ)	¥9,720
		子宮がん検診	¥2,260

事業所所在地	〒
事業所名称	
電話番号	
ご担当者名	

保険者番号	
保険証記号	

申し込み日： 年 月 日

問診票等の送付先
(どちらか○をつけて下さい)

事業所	
自宅	

支払い方法
(どちらか○をつけて下さい)

事業所へご請求（後日お振込）	
当日お支払い (ご本人様にご請求)	

保険証番号	ふりがな		性別	生年月日	本人 家族	希望する検診のところに ○をつけてください			健診希望日	住所・電話	備考
	氏名					一般健診	付加健診	子宮がん検診			
			男 女	昭 平 年 月 日	本人 家族	一般健診	付加健診	子宮がん検診	年 月 日	〒 TEL ()	
				希望する乳がん検診に ○をつけてください		視触診 マンモグラフィ	視触診 乳腺超音波	視触診 乳腺超音波 マンモグラフィ			
			男 女	昭 平 年 月 日	本人 家族	一般健診	付加健診	子宮がん検診	年 月 日	〒 TEL ()	
				希望する乳がん検診に ○をつけてください		視触診 マンモグラフィ	視触診 乳腺超音波	視触診 乳腺超音波 マンモグラフィ			
			男 女	昭 平 年 月 日	本人 家族	一般健診	付加健診	子宮がん検診	年 月 日	〒 TEL ()	
				希望する乳がん検診に ○をつけてください		視触診 マンモグラフィ	視触診 乳腺超音波	視触診 乳腺超音波 マンモグラフィ			