



生活習慣病  
予防健診

予 約

について

野崎徳洲会病院 健診センター

01

『生活習慣病予防健診対象者一覧』を記入。

※対象者一覧がなければの当院専用の申込用紙をご利用下さい。

- 受診希望コースを○で囲む。
- 受診希望日を記入。
- 『胃透視(バリウム)』から『胃カメラ』に変更希望の場合は『胃カメラ』と余白に記入。  
※別途 ¥3,300 - 必要です。
- 支払い方法を余白に記入 (窓口支払い・会社請求)  
※請求書送付先が事業所と異なる場合 (本社へ送付希望など)は、必ずご記入下さい。
- その他ご要望があればご記入下さい。

02

記載した用紙を当院にFAX

FAX 072-818-3720

(野崎徳洲会病院 健診センター直通)

03

予約が完了しましたら、  
記載の事業所に事前書類を郵送いたします。

協会けんぽ 生活習慣病予防健診申込書

|          |   |
|----------|---|
| (事業所所在地) | 〒 |
| (事業所名称)  |   |
| (電話)     |   |
| (FAX)    |   |

☆年度ごとに1回のみ受診可能です。  
 ☆健診の補助対象年齢にご注意下さい。  
 ※お申し込みから受診ご案内まで約2週間を要します。余裕を持ってお申込みください。

支払方法 : 会社請求 ・ 当日窓口

郵送物 : 会社 ・ 自宅

※ 請求書送付先が事業所と異なる場合(本社へ送付希望など)は、別途ご記入下さい。

|       |    |
|-------|----|
| 保険者番号 | 記号 |
|       |    |

| 番号 | フリガナ氏名 | 性別 | 生年月日 | 希望する健診コース                    | 胃部検査          | 生活習慣病健診のオプションコース           | 希望日 |
|----|--------|----|------|------------------------------|---------------|----------------------------|-----|
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |
|    |        |    | 昭平   | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |

※生活習慣病健診はセット健診であるため、胃部検査を含め、すべての検査を受診いただく必要があります。医学的理由で受けることができない検査がある場合は事前にご相談ください。

日程の変更・ご相談は下記までご連絡ください。

野崎徳洲会病院 健診センター

TEL : 072-818-0035 FAX : 072-818-3720

E-mail : nozakenshin@tokushukai.jp

# 申込書の記入例

## 協会けんぽ 生活習慣病予防健診申込書

|          |   |
|----------|---|
| (事業所所在地) | 〒 |
| (事業所名称)  |   |
| (電話)     |   |
| (FAX)    |   |

ご記入下さい。

支払方法、郵送物の送付先を  
○で囲んで下さい。

支払方法 : 会社請求 ・ 当日窓口

郵送物 : 会社 ・ 自宅

|       |    |
|-------|----|
| 保険者番号 | 記号 |
| ①     | ②  |

| 番号 | フリガナ | 性別 | 生年月日   | 希望する                         | 胃部検査          | 生活習慣病健診の                   | 希望日 |
|----|------|----|--------|------------------------------|---------------|----------------------------|-----|
|    | 氏名   |    |        | 健診コース ④                      | ⑤             | オプションコース ⑥                 |     |
| ③  |      |    | 昭<br>平 | 人間ドック<br>生活習慣病健診<br>子宮がん単独検診 | 胃バリウム<br>胃カメラ | 節目健診<br>乳がん<br>子宮がん<br>骨密度 |     |

|               |                                 |
|---------------|---------------------------------|
| 健康保険<br>被保険者証 | 本人(被保険者)<br>②記号 12345678 ③番号 11 |
| 氏名            | 野崎 太郎                           |
| 生年月日          | 昭和○年△月□日                        |
| 資格取得年月日       | 平成○年△月□日                        |
| 事業所名称         | ○○株式会社                          |
| 保険者番号         | ①01234567                       |
| 保険者名称         |                                 |
| 保険者所在地        |                                 |

※①～⑥を参考に申込用紙にご記入ください。

- ④ 希望される健診コースを○で囲んでください。
- ⑤ 胃部検査においてご希望される検査方法を○で囲んで下さい。  
※胃カメラは追加料金が発生します。(¥3,300)
- ⑥ 希望のオプションがあれば○で囲んで下さい。