

令和	年度
ご本人用（ご担当者）	

太田市国民健康保険
1日コース
1泊2日コース

本島総合病院 健康管理センター 健康診断申込書

◎申込の際は、希望日（健診実施日）の14日前までとなります。

◎希望日については、必ず第1希望日から第3希望日まで記入してください。

また、第3希望日は同月ではなく、別の月で指定してください。

◎ご予約後の変更はお控えください。

変更の際は、受診される日程の10日前までに、必ずご連絡ください。

※御社に健康診断の担当者様がいらっしゃる場合は、こちらの用紙を
担当者様にお渡しください。この用紙は、次年度も使用できます。

※こちらの用紙を記入後、郵送またはFAXしてください。

予約可能な場合、本フォーム返信をもって予約確定とさせていただきます。

※下記と問診票・結果票・請求書等の送付先が異なる場合は、必ず右側の欄に詳細を記入してください。

〒	問診票 ・ 結果票 ・ 請求書
住所（事業所所在地）	
氏名（事業所名）	様
本人（担当者名）	様
TEL	
FAX	

〒	問診票 ・ 結果票 ・ 請求書
住所（事業所所在地）	
氏名（事業所名）	様
本人（担当者名）	様
TEL	
FAX	

※定期健康診断（若年健診）は、産業医などの医師の判断で必要でないと思われる場合に省略できる項目です。

個人番号（ID）	受診希望者名	性別	希望する健診の種類に○を記入	併せて受診する場合は○を記入	第1希望日	第2希望日	第3希望日
【必ず記入してください】 健康診断 結果報告書 裏表紙に記載されている 個人番号（ID）を記入。	フリガナ	男	35歳以上の被保険者	子宮がん検査 （月・火・水・木のみ）	令和	令和	令和
	生年月日 大正・昭和・平成・令和		35歳以上の被扶養配偶者		マンモグラフィ ・ マンモエコー	／	／
		女	34歳以下の被扶養配偶者	PSA ・ 動脈硬化			
	フリガナ	男	35歳以上の被保険者	子宮がん検査 （月・火・水・木のみ）	令和	令和	令和
	生年月日 大正・昭和・平成・令和		35歳以上の被扶養配偶者		マンモグラフィ ・ マンモエコー	／	／
		女	34歳以下の被扶養配偶者	PSA ・ 動脈硬化			
	フリガナ	男	35歳以上の被保険者	子宮がん検査 （月・火・水・木のみ）	令和	令和	令和
	生年月日 大正・昭和・平成・令和		35歳以上の被扶養配偶者		マンモグラフィ ・ マンモエコー	／	／
		女	34歳以下の被扶養配偶者	PSA ・ 動脈硬化			
	フリガナ	男	35歳以上の被保険者	子宮がん検査 （月・火・水・木のみ）	令和	令和	令和
	生年月日 大正・昭和・平成・令和		35歳以上の被扶養配偶者		マンモグラフィ ・ マンモエコー	／	／
		女	34歳以下の被扶養配偶者	PSA ・ 動脈硬化			

※当日の検査順は、ご予約いただいた順にご案内させていただきます。

オプション検査 料金（税込）			
① 脳ドック（MR I/MRA）	¥38,500	④ マンモエコー	¥5,500
② 子宮頸がん検査	¥3,850	⑤ 胃バリウム検査	¥12,100
③ マンモグラフィ	¥5,500	⑥ 便潜血検査（2日法）	¥1,540
		⑦ PSA検査	¥3,300
		⑧ 骨ドック	¥1,650
		⑨ 動脈硬化（ABI）	¥3,960
		⑩ 聴力検査	¥440
		⑪ ◆貧血（赤血球・血色素量） ◆肝機能（GOT・GTP・γ-GTP） ◆血中脂質（HDL・LDL・中性脂肪） ◆空腹時血糖※HbA1cは別途¥550	¥4,400

※受診されるコースに含まれない場合は、上記（自己負担）にてお受けできます。ご希望の方は、【備考】に項目の番号を記入してください。

【お知らせとお願い】

※希望日は、必ず第1～第3希望日まで記入ください。

当院より、お受けできる日程（第1～第3希望日のいずれか）に○をつけて、FAXにて返信・予約確定とさせていただきます。

本島総合病院 〒373-0033 群馬県太田市西本町3番8号

健康管理センター TEL 0276-22-4617
FAX 0276-22-2103