

健診受診者名簿 【 協会けんぽ用 】

※ 左記と連絡先・送付先が別の場合、以下の欄もご記入下さい。

①

事業所名		
所在地	〒	
電話番号		
FAX番号		
保険者番号		担当者

②

宛名		
所在地	〒	
電話番号		
FAX番号		担当者

健診結果送付先 ①・② 《○をしてください》

ID番号 病院側記入	フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証の記号/番号	本人	旧姓	健診内容 希望に○印を付けて下さい	胃部検査 希望は○印	自己負担 いずれかに○印	予約希望日			予約決定日 病院側記入
										第1希望	第2希望	第3希望	
		男女	年 月 日	記号 番号	本人		予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎	胃バリウム 胃内視鏡	窓口負担 企業負担	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		男女	年 月 日	記号 番号	本人		予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎	胃バリウム 胃内視鏡	窓口負担 企業負担	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		男女	年 月 日	記号 番号	本人		予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎	胃バリウム 胃内視鏡	窓口負担 企業負担	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		男女	年 月 日	記号 番号	本人		予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎	胃バリウム 胃内視鏡	窓口負担 企業負担	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		男女	年 月 日	記号 番号	本人		予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎	胃バリウム 胃内視鏡	窓口負担 企業負担	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※ 健診当日の受付日時 (月)~(土) 8:45~11:00

- ※ 二重線内は全て記入して下さい。
- ※ 予約希望日は 極力 1ヶ月後以降で、第3希望までご記入下さい。
- ★胃部検査のご希望をご記入いただき、○がついている場合のみ、ご予約を取らせさせていただきます。
- ★胃内視鏡希望の方のご予約は受診希望日から3ヶ月以内の日程とさせていただきます。ご了承ください。
- ※ 受診有無とは過去に「二和ふれあいクリニック」・「ふたわ診療所」・「船橋二和病院」のいずれか受診したことがあるかの確認です。旧姓での受診がある場合は欄外にご記入ください。
- ※ 自己負担の欄は、「当日窓口にて支払っていただける」か「企業へ請求させていただく」かの確認です。
- ※ 日程が決まりましたら予約日を記入して FAXにて返信いたします。
- ※ 予約日の2週間前頃に、ご案内・問診票などを郵送いたします。
- ※ 対象外の方(年齢等)は、自費にて受診していただくようになります。ご了承下さい。

予約日入力者

二和ふれあいクリニック
TEL 047-448-7118
FAX 047-448-7184

協会けんぽ健診

申込時の注意事項

協会けんぽ健診の申込に際しまして、以下の事項をお読みいただき、必要事項をご記入の上（2重線内）FAXにてふれあいクリニックへ送信して下さい。
健診日が決まりましたら、改めてFAXにて連絡させていただきます。
宜しくお願いいたします。

一般健診の対象は35歳以上（年度年齢）の被保険者（ご本人）の方が対象となります。
対象外の方が申込される場合は自費料金となりますので、その旨ご了承ください。
その際、ご家族の特定健診受診券は使用できません。

土曜日は希望される方が多く、また予約枠が少ないため希望に添えない場合がございます。

胃カメラ検査をご希望の方は、連絡いただいた日から3ヶ月以内の日程とさせていただきます。

健診の受付時間は、【月曜～土曜】の《午前8:45～11:00》となっております。
検査項目により来院時間が異なる場合がございます。
後日お送りする予約票をご覧ください。

結果送付について
基本的には、受診者様のご自宅への送付いたします。

ご不明な点がございましたらお問い合わせ下さい。

〒274-0805 船橋市二和東5-1-1
社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会

二和ふれあいクリニック

TEL 047(448)7118

FAX 047(448)7184