

お申込日： 年 月 日

村上病院 健康診断申込書（個人用）兼受付票

ご加入の健康保険の種類	国民健康保険	共済組合	()
	協会けんぽ	健康保険組合	()
	後期高齢者医療	本人・配偶者等の別	本人 ・ 配偶者 ・ 被扶養者

診察券番号				<small>※保険証、受診券、持参用紙をご準備ください。太枠の中のみをご記入ください。</small>		
フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢		
氏名		生年月日	T S H			
			年 月 日			
ご自宅住所 電話番号	〒 - TEL () -					
連絡先電話番号	- - 携帯電話 ・ ご自宅 ・ お勤め先 (○をつけて下さい)					
書類・結果送付先	ご自宅 ・ お勤め先 ・ その他		領収書名	<small>指定がない場合、個人名での領収書となります</small>		
※送付先がご自宅以外の場合、下記をご記入下さい (指定がない場合、ご自宅への送付となります)						
フリガナ						
送付先 (お勤め先名など)						
送付先所在地 電話番号	〒 - TEL () -					

ご希望日	* 第一希望		* 第二希望		確定日 (当院使用)
	* 第三希望		* 第四希望		
ご希望の健診内容	・協会けんぽ生活習慣病健診【胃部検査有り：胃部X線検査 / 内視鏡検査（鼻 / 口）】 / 【胃部検査なし】 ・一般健診6,925円コース ・雇入時健診（持参用紙 有 / 無） ・一日ドック【村上病院ドック / 国保ドック】 ・脳ドック ・一泊二日ドック（フルコース） ・一泊二日ドック（午後からコース） ・青森市特定健診 ・青森市胃がん検診 X線検査 / 内視鏡検査（鼻 / 口） ・ABC胃がんリスク検診 <small>※胃がん・大腸がん検査は年齢によって自己負担金がございます。</small> ・大腸がん検診（便潜血反応検査2日法） ・社保特定健診 ・若年健診 ・その他（ ）				
ご希望の追加項目	・胃部X線検査 ・胃部内視鏡検査（鼻 / 口） <small>※内視鏡検査の場合、鼻/口をお選びください。</small> ・腹部超音波検査 ・心臓超音波検査 ・頸動脈超音波検査 ・動脈硬化検査 ・骨密度検査（前腕 / 腰椎・大腿骨） ・前立腺腫瘍マーカー検査 ・便潜血反応検査（2日法） ・頭部MRI / MRA ・睡眠時無呼吸検査 ・アレルギー検査（ ） ・その他オプション（ ）				
連絡事項 (病院使用欄)					

予約 ()
書類 ()
伝票 ()

当院へFax(017-729-8887)またはメールでお申込みください。申込書到着後、当院担当と詳細打ち合わせ後に予約確定となります。

村上病院 健康診断メールアドレス
murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp



〒030-0843 青森市浜田3丁目3-14
TEL 017-729-8888 (代表) FAX : 017-729-8887

※送信後、2日たっても連絡がない場合、再送いただくか、当院までご連絡ください。