

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	※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。		
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	指定がない場合、個人名での領収書となります
※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)
ご希望の健診内容	・協会けんぽ生活習慣病健診【胃部検査：胃部X線検査 / 内視鏡検査（鼻 / 口） / 胃部検査なし】 ・一般健診6,930円コース ・雇入時健診（持参用紙 有 / 無） ・脳ドック【村上脳ドック / 国保脳ドック】 ・一日人間ドック【村上病院ドック / 国保ドック / 協会差額ドック】 ・一泊二日ドック【フルコース / 午後からコース】 ・その他（ ） ・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 ※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。 ・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） ※内視鏡検査の場合、鼻/口をお選びください。 ・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（ABI） ・骨密度検査（前腕 / 腰椎・大腿骨） ・便潜血反応検査（2日法） ・アレルギー検査 ・頭部MRI / MRA ・睡眠時無呼吸検査 ・腫瘍マーカー検査（CEA・CA19-9・AFP / 前立腺がん） ・その他オプション（ ）		
連絡事項 (病院使用欄)			

持参用紙 記入用紙 / 項目用紙 予約 ( )  
 会 計 円 書類 ( )  
 領収書名 ( ) 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](mailto: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。