

日帰り人間ドック予約申込書

岩手県立中央病院 宛

生活習慣病予防の健康検診として、日帰り人間ドックの受健申し込みをします。

受健日 月 日 ()

1 氏名 (フリガナ)

性別 生年月日

男・女 S・H 年 月 日 歳

2 自宅の住所

TEL ()

〒 -

3 受健料金

48,280円 (消費税込み)

※ 胃透視は胃カメラへの変更が可能です。希望の有無を選択し○をつけて下さい。

	申し込み	
	希望する	希望しない
胃透視を胃カメラへ変更		

※ 下記のオプションは受健料金に加算になります。希望の有無を選択し○をつけて下さい。

当日申し込みはできない場合がありますので、必ず事前にお申し込み下さい。

オプション	金額	申し込み	
腫瘍マーカー 前立腺特異抗原PSA検査【男性のみ】	3,010円	有	無
腫瘍マーカー CA19-9検査【男女共通】	3,010円	有	無
乳がん(マンモグラフィ)検査(2方向撮影)【女性のみ】	6,180円	有	無
乳がん(乳腺超音波)検査【女性のみ】	3,850円	有	無
動脈硬化度(CAVI)検査【男女共通】	1,430円	有	無
骨密度検査【男女共通】	1,540円	有	無
ピロリ菌検査【男女共通】	3,190円	有	無

◎ 企業健保組合、職員互助会、国保等の補助金

有 ・ 無

(補助金有りの方は、必ず4~6を記入願います。なお、補助金無しの方、当日一旦全額支払い、後日組合等から補助金が出る方は、窓口個人支払額のみご記入願います。)

4 受健料金の内訳

補助金 円

窓口個人支払額 円

5 請求先名称

担当者 TEL ()

6 請求先住所

〒 -

★食べ物のアレルギーがあればご記入下さい。()

★内服中の薬があり、禁忌の食材があればご記入下さい。()