

特定健康診査 FAX申込書(公立学校共済組合員様用)

近畿中央病院 健康管理係 FAX番号 072-781-2215 (24時間受信可能)

|                                             |        |   |   |      |
|---------------------------------------------|--------|---|---|------|
| 受診希望日<br>(申込日より1週間以上先の平日<br>火・水・木曜日をご希望下さい) | 受診希望日① | 年 | 月 | 日( ) |
|                                             | 受診希望日② | 年 | 月 | 日( ) |
|                                             | 受診希望日③ | 年 | 月 | 日( ) |

受診者様情報

|                        |                                      |    |     |                  |                        |
|------------------------|--------------------------------------|----|-----|------------------|------------------------|
| フリガナ                   |                                      | 性別 | 男・女 | 生<br>年<br>月<br>日 | 昭和・平成<br><br>年 月 日     |
| 氏名                     |                                      |    |     |                  |                        |
| ご住所                    | 〒                                    |    |     |                  |                        |
| 連絡先( )                 | -                                    |    |     |                  |                        |
| 返信先FAX番号<br>(必ずご記入下さい) | ( ) - 勤務先・自宅<br>勤務先の場合は勤務先名称もご記入ください |    |     |                  |                        |
| 当院<br>診察券              | 有・無 (No. )                           |    |     |                  | ←お持ちの場合は番号<br>をご記入ください |

保険証について

|           |                                            |                                              |
|-----------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 保険者<br>名称 | 公立学校共済組合<br>( 三重・滋賀・京都・大阪<br>兵庫・奈良・鳥取 ) 支部 | 種別(いずれかに○)                                   |
|           | その他(公立学校共済組合 支部)                           | 1 現職 本人<br>2 現職 家族<br>3 任意継続 本人<br>4 任意継続 家族 |
| 組合員番号     |                                            |                                              |

特定健康診査受診券について (受診券を同時にFAXいただける場合は記入不要)

|          |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受診券整理番号  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診券交付年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診券有効期限  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※左欄、記入しない場合は必ず受診券をこの申込書と同時にFAX下さいますようお願いいたします

オプション検査 希望する項目番号を○で囲んでください

|   |             |         |   |          |        |
|---|-------------|---------|---|----------|--------|
| 1 | MCIリスク検査プラス | 22,000円 | 5 | 動脈硬化ドック  | 3,850円 |
| 2 | LOX-index検査 | 16,500円 | 6 | A B C検査  | 3,850円 |
| 3 | アレルギー検査     | 16,500円 | 7 | 体成分分析検査  | 1,650円 |
| 4 | 内臓脂肪測定      | 3,850円  | 8 | 歯周病リスク検査 | 2,200円 |

|                                            |                                  |                                              |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|--|--|--|--|
| 病<br>返<br>院<br>信<br>記<br>連<br>入<br>絡<br>欄・ | 1                                | 受診日を 年 月 日( )に決定いたしました。                      |  |  |  |  |
|                                            | 2                                | ご自宅宛に受診セットを送付します。ご不明な点等ございましたら受診日までにご連絡ください。 |  |  |  |  |
|                                            | FAX受理日 / / FAX返信日(処理完了日) / / 担当者 |                                              |  |  |  |  |
|                                            | 電話連絡記録 / / カルテID                 |                                              |  |  |  |  |