

2020年度 巡回健診申込用紙

*申し込み内容につきまして、健康診断以外の目的で使用することは一切ございません
*他の健診(受診券利用、総合健診など)との併用はできません

■基本項目 (もれなくご記入ください)

健康保険組合の名称		福岡県市町村職員共済組合 (32400418)			
保険証の記号・番号		記号		番号	
受診者ご本人様	フリガナ				性別
	氏名	*保険証に記載されている氏名通りにご記入ください			男・女
	生年月日	昭和 年 月 日			
	住所	<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> - </div> <p style="text-align: center;">都道府県</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
	連絡先	自宅電話	()	-	
	携帯電話	()	-		

■希望会場をご記入ください ※別紙日程からお選びください

	会場名	希望日
第一希望		月 日
第二希望		月 日
第三希望		月 日

■基本検査・オプション検査のご案内 ※追加の健診費用は自己負担となります。当日お支払ください。

	○をご記入下さい	項目名 (事前申込制)	料金(税込)	窓口支払額
コース		特定健診コース	10,200円	無料
		婦人科検診充実コース	22,850円	無料
オプション追加したいに○		① 胃がん検診		11,000円
		② 大腸がん検診		1,800円
		③ 肺がん検診		2,400円
		④ 子宮頸がん検診		無料
		⑤ 乳がん検診(マンモグラフィ検査)		無料
		⑥ 乳がん検診(乳腺エコー検査)		5,000円
		⑦ 腹部超音波検査(腹部エコー検査)		5,000円
		⑧ 骨粗しょう症検査		2,000円
		⑨ 視力・聴力検査		500円