

〔個人用〕

社保・軽井沢国保外特定健診申込書

下記の内容で健康診断を申し込みます。

※病院記載
ID :

◆受診者様情報を記入

申込日	2025 年 5 月 1 日	当院受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フリガナ	ケンシン ハナコ	性別	年齢
氏名	健診 花子	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	24 歳
住所	軽井沢町大字長倉2375-1	電話番号	0267-45-5111
結果報告書用紙	<input checked="" type="checkbox"/> なし→当院の結果報告書用紙を使用 <input type="checkbox"/> あり→申込時にコピーを提出ください。（原本は当日持参ください。）		

◆健康診断の結果報告書提出日と受診希望日（第3希望まで）を記入

※結果報告書のお渡しは医師の読影などの関係上、**受診後2～3週間程度**かかります。

結果報告書提出日	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり [令和 7 年 6 月 1 日]
受診日	令和 年 月 日 ※電話または窓口にてご相談ください

◆健診コースを選択

※下記健診コースの検査項目は、法定で定められている内容を記載（年齢も参考にしてください）

健診コース	検査項目
<input checked="" type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> A [870] <input type="checkbox"/> B [910]	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、血液検査（肝機能 [GOT・GPT・γ-GTP]、脂質 [HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝 [空腹時血糖]）、尿検査（蛋白・糖） ※問診票は、特定健診の標準的な質問票を使用 <input type="checkbox"/> A：長野県社会保険診療報酬支払基金（負担あり） <input checked="" type="checkbox"/> A：長野県社会保険診療報酬支払基金（負担なし） <input type="checkbox"/> A：全国健康保険協会 長野支部（負担あり） <input type="checkbox"/> A：全国健康保険協会 長野支部（負担なし） <input type="checkbox"/> A：組合（負担あり） <input type="checkbox"/> A：市町村共済 <input type="checkbox"/> A：その他（ <input type="checkbox"/> B軽井沢国保外（負担あり） <input type="checkbox"/> B：軽井沢国保外（負担なし）
<input checked="" type="checkbox"/> がん検診あり <input type="checkbox"/> A [871] <input type="checkbox"/> B [921]	※がん検診の追加は軽井沢町民のみとなります。 追加希望の方は、下記の希望検診項目の□にチェックを入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん（胸部X線検査） <input type="checkbox"/> 肺がん（肺CT検査）★ <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 乳がん（マンモグラフィ検査）★ <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん（乳腺エコー検査）★ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん★ <input type="checkbox"/> 前立腺がん（PSA） <input type="checkbox"/> 大腸がん（便潜血検査） <input type="checkbox"/> 胃がん（胃部X線検査）★ <input type="checkbox"/> 胃がん（胃内視鏡検査）★ ★：町から受診対象者へ郵送される受診券が必要です

健診のご予約、各種健康診断の料金については、下記へお問い合わせください。

軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部

〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1

（FAX：0267-44-3835）

予約専用TEL：0267-46-8470（直通）

お問い合わせTEL：0267-45-5111（代表）

※月～金（祝祭日を除く） 14時から16時まで

〔病院記載欄〕			
予約受付日	予約受付者	申込方法	[電話 ・ 直接 ・ システム登録日]
見積書有無	□なし □あり→[□ / 作成() →□確認 / () →□郵送 / ()]		
システム登録	□登録済み / () →□オーダー・受付票確認 / ()		
案内郵送	□郵送 / ()	結果報告書	□作成・郵送 / ()
案内郵送			