

[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	生年月日	2013年6月8日
氏名	健診 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>		
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、血压、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)	
	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、下記の希望検査項目の□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-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					