

【簡易コース】生活習慣病健康診断 申込書・受診者名簿

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 予約専用TEL：0267-46-8470

予約連絡後、下記太枠の中をご記入しコピーをご郵送ください。原本は企業様で保管ください。※個人情報を含むためFAXはご遠慮ください。

◆企業様情報を記入

前回実施	なし ・ あり →	[年 月]	記入日	年 月 日
企業名		担当者	電話番号	— —
住所	〒		FAX	— —

◆書類の送付先・請求書の送付先 ※上記の企業様情報以外の場合のみ記入

書類の送付先	企業名	担当者	様	〒	住所
請求書送付先	企業名	担当者	様	〒	住所

◆受診者名簿

基本情報							オプション検査 * 希望の検査番号に○を記入								病院記入	
受診日	氏名	フリガナ	生年月日	年齢	性別	病院ID ※IDがない場合は裏面記入	無	① 便潜血	② 胃内視鏡	③ 胃X線	④ 感染症	⑤ 子宮	⑥ 乳エコー	⑦ 乳マンモ	⑧ 前立腺	コースNo.
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																
月 日 []																

オプション検査 No.	[104]	①便潜血検査 [32190]	②胃内視鏡検査 [34071]	③胃部X線検査※40歳以上 [34061]	④感染症（HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体） [33064]
	[105]	⑤子宮頸がん検査 [10150]	⑥乳腺超音波検査 [10020]	⑦マンモグラフィ※40歳以上 [10030]	⑧前立腺がん検査（PSA） [10070]

※申込書・受診者名簿の郵送で申込完了となります。健康診断のご案内書類は、申込書が届いてから2～3週間後に個人宛に郵送いたします。（裏頁に住所をご記入ください）

記載欄				申込受付日 /							
受診日決定	受診日決定連絡	/	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	/	()	請求書	□作成・郵送	/	()

◆ご案内書類は個人宛で郵送いたします。下記に受診者様全員の住所をご記入ください。

[illegible]