

【様式②】 令和7年度

健診予約依頼票 兼 決定通知書

送信日 令和 年 月 日 /

朝日ながの病院 行

FAX
返信先

026-244-5975

送付枚数

【当院コース】

■受診可能な曜日に○印をして下さい。

月 火 水 木 金 土 すべて可

(ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください)

事業所名

(送付先) 〒

TEL

FAX

ご担当者名

■健保組合、自治体等の補助を利用される方は、以下保険証情報を「その他」欄へ必ず記入お願いします。

①保健組合名・共済組合名

②保険証記号

③保険証番号

④本人・家族

受診者合計

名

上限人数

名/1日

※発送先がご自宅の場合はご住所をお知らせください。

検査キット・結果
発送先

自宅 · 事業所

ご清算方法

当日窓口清算 · 後日会社請求

	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	当院コース		胃検診			希望月・曜日など		その他		決定日
1			男 ・ 女	1日ドック 43,747円	日帰り健診 29,876円	一般健診 15,389円	バリウム	胃カメラ	不要				
2			男 ・ 女	1日ドック	日帰り健診	一般健診	バリウム	胃カメラ	不要				
3			男 ・ 女	1日ドック	日帰り健診	一般健診	バリウム	胃カメラ	不要				
4			男 ・ 女	1日ドック	日帰り健診	一般健診	バリウム	胃カメラ	不要				
5			男 ・ 女	1日ドック	日帰り健診	一般健診	バリウム	胃カメラ	不要				

(備考) ※ご要望がございましたらご記入ください。

◆本紙FAXをご返信後、予約枠をご連絡いたします(1~2週間ほどお時間を頂く場合がございます)。

◆乳房超音波、上腹部超音波などオプションをご希望の場合は「その他欄」へ記入お願いします。

◆協会けんぽの単独子宮がん検診を併せて受診の場合はお知らせください。

◆一般健診コースには胃検査は含まれません(ご希望の場合は追加オプションとなります)。